

Barcelona, marzo de 1997

Publicación editada por Grup Igia  
con la financiación de la  
Delegación del Gobierno para  
el Plan Nacional sobre Drogas

---

# MANUAL DE TRATAMIENTO CON METADONA

---

MARK W. PARRINO

---

Título original: State Methadone Treatment Guidelines  
Mark W. Parrino, M.P.A.  
Consensus Panel Chair

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Public Health Service  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
Center for Substance Abuse Treatment  
Rockwall II, 5600 Fishers Lane  
Rockville, MD 20857 USA

Publicaciones de GRUP IGIA  
Aribau 258, 1º, 1ª  
08006 Barcelona. (España)  
Tel: (93) 414 55 09  
Fax: (93) 202 38 35  
E-mail: [igia@bcn.servicom.es](mailto:igia@bcn.servicom.es)

Ediciones IGIA.

Traducción: Miguel del Río, Sylvie Grüngras,  
Viviane Vaney, Miguel de Andrés.

Corrección de estilo: Jordi Delàs.

Diseño: Masdisseny. Rubí (Barcelona)

Fotocomposición y fotolitos:  
Addenda, s.c.c.l. Barcelona

Impresión: Prismàtic Arts Gràfiques, S.A.

Dep. Legal: B.18819/97  
ISBN: 84-88154-07-0


*Nota:* Para solicitar ejemplares de esta obra, póngase en contacto con  
GRUP IGIA Tel: (93) 4145509; Fax: (93) 2023835  
E-mail: [igia@bcn.servicom.es](mailto:igia@bcn.servicom.es).

Esta publicación forma parte del programa de asesoría técnica del *Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant*. Todo el material que aparece en este volumen, excepto las citaciones literales, es de ámbito público y puede ser reproducido o copiado sin permiso del *Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)* o de los autores. Se ruega citar la referencia.

La publicación original fue realizada bajo el contrato N° 270-91-004 a nombre del *Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)*. Robert Lubran, M.S. M.P.A. fue el responsable del proyecto por parte del Gobierno.

Las opiniones expresadas en este documento son las de los autores y las de los participantes del grupo de consenso y no reflejan la posición oficial del CSAT o de cualquier otro servicio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services, DHHS*). No ha existido apoyo o aprobación por parte del CSAT ni del DHHS. Las pautas propuestas en este trabajo no se deben considerar como sustitutivas de la atención o de las decisiones terapéuticas individualizadas.

Versión original americana impresa en diciembre de 1992.  
Traducción española impresa en marzo de 1997.

 ÍNDICE

INTRODUCCIÓN A LA VERSIÓN CASTELLANA . . . . .	9
REDACTORES . . . . .	11
ABREVIATURAS . . . . .	13
PREFACIO . . . . .	15
NOTA DEL PRESIDENTE DEL GRUPO DE TRABAJO AMERICANO . .	17
NOTA DE LOS TRADUCTORES . . . . .	19
INTRODUCCIÓN . . . . .	21
RESUMEN de los capítulos . . . . .	23
1. Situación actual y tendencias de futuro en el tratamiento con metadona . . . . .	47
2. Perspectivas históricas y cuestiones de salud pública . . . . .	67
3. Aspectos clínicos . . . . .	97
4. Políticas y criterios de admisión . . . . .	117
5. Principios para la determinación de la dosis de metadona . . . . .	137
6. El análisis de orina como instrumento clínico . . . . .	163
7. Dispensación de dosis para llevar: prácticas responsables . . . .	179
8. Tratamiento de la politoxicomanía . . . . .	191
9. Mantenimiento con metadona y embarazo . . . . .	217
10. VIH y otras enfermedades infecciosas . . . . .	237
11. Duración del tratamiento y retención de los pacientes . . . . .	267
12. Integración de los PMM en la comunidad . . . . .	281
13. Visión retrospectiva y perspectivas de futuro . . . . .	301
ANEXOS	
Anexo A. Revisores . . . . .	327
Anexo B. Metadona y legislación en España . . . . .	333



## INTRODUCCIÓN A LA VERSIÓN CASTELLANA

Con la traducción al castellano y edición del manual *STATE METHADONE TREATMENT GUIDELINES* de Mark W. PARRINO, GRUP IGIA quiere ampliar las posibilidades de difusión y discusión de los contenidos que los autores aportan en este trabajo y contribuir así a un mejor y más eficiente desarrollo de los Programas de Tratamiento con Metadona en nuestro país.

El progresivo incremento de centros asistenciales que ofrecen esta modalidad de tratamiento, y del número de usuarios en ellos incorporados (9.470 usuarios en 1992 y 28.806 en 1995) según datos ofrecidos en la Memoria Anual del PNSD para 1995, ilustran en qué medida, los programas de mantenimiento con metadona son una opción asistencial de máxima importancia y actualidad en el estado español.

Esta constatación reafirma lo que los autores de este manual ya nos anunciaban en los inicios de los noventa: «la década de los noventa será determinante para el tratamiento de mantenimiento con metadona y para todo el sistema relacionado con la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias tóxicas o ilícitas... Los desafíos de esta década solamente se podrán superar por medio de un respeto mutuo entre las autoridades, los profesionales de los programas de tratamiento con metadona y los pacientes...».

Pero más allá de valoraciones de carácter cuantitativo, que su justificación e interés tienen, los programas con metadona, nos sitúan a los profesionales e instituciones con competencias en la materia, ante un nuevo instrumento terapéutico que pone en evidencia, una vez más, la extrema complejidad del fenómeno de las drogodependencias y la necesaria diversificación de objetivos y estrategias asistenciales.

El reconocimiento de esta complejidad y la necesidad de elaborar proyectos terapéuticos individualizados para cada uno de nuestros pacien-

tes en el marco de una oferta asistencial más amplia, hace indispensable disponer de espacios suficientes para la discusión, análisis y evaluación de nuestras ideologías y prácticas asistenciales.

Favorecer, por tanto, oportunidades para la formación y el intercambio, el estudio y la investigación en torno a los problemas relacionados con el consumo de drogas y sobre los programas de tratamiento con metadona en particular, ha sido una constante de nuestro grupo, y por ello, la edición del manual que en esta ocasión presentamos, no es algo casual o puntual sino que se inscribe plenamente en los objetivos e ideología de nuestra asociación.

Por todo ello, y por el interés que merece este manual, queremos manifestar nuestro sincero agradecimiento a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas por haber financiado esta iniciativa y al resto de personas e instituciones que lo han hecho posible.

Si la lectura de este manual ayuda, en algún momento, a clarificar y optimizar nuestras intervenciones en beneficio de los derechos y obligaciones de los usuarios de metadona, en definitiva, a mejorar nuestros programas de intervención y su inserción en la comunidad con criterios de normalización y calidad, desde Grup Igia, consideraríamos satisfechos los objetivos previstos para este proyecto.

La tarea sigue siendo compleja, los interrogantes seguirán existiendo, pero sólo a través de una modesta posición, basada en el trabajo interdisciplinar, la formación y la evaluación, podremos avanzar paso a paso, en los retos que el fenómeno de las drogodependencias y los tratamientos con metadona, en particular, nos siguen planteando.

*Víctor Martí Carrasco*  
Presidente de GRUP IGIA



## REDACTORES

PHIL APPEL, PH.D., Research Associate, Gateway Job Corps, Brooklyn, New York.

ANDREA G. BARTHWELL, M.D., Medical Director, Interventions, Chicago, Illinois.

LAWRENCE S. BROWN, JR., M.D., M.P.H., Senior Vice President, Addiction Research and Treatment Corporation, Brooklyn, New York College of Medicine, Division of Substance Abuse, Bronx, New York.

DORRIE BURKE, M.Ed., Director of Community Relations, Albert Einstein.

DAVID R. GASTFRIEND, M.D., Chief, Addiction Services, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts.

HERMAN JOSEPH, Research Scientist, Bureau of Research and Evaluation, New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, New York, New York.

KAROL KALTENBACH, Ph.D., Director, Family Center, Assistant Professor of Pediatrics and Psychiatry and Human Behavior, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania.

ELIZABETH KHURI, M.D., Medical Director, Adolescent Development Program, Cornell Medical Center, New York Hospital, New York, New York.

MARY JEANNE KREEK, M.D., Associate Professor and Physician, The Rockefeller University, New York, New York.

JOHN LANGROD, Ph.D., Director of Admissions, Albert Einstein College of Medicine, Division of Substance Abuse, Bronx, New York.

IRA J. MARION, M.A., Associate Executive Director, Albert Einstein College of Medicine, Division of Substance Abuse, Bronx, New York.

SUSAN F. NESHIN, M.D., Medical Director, Jersey Shore Addiction Services, Inc., Asbury Park, New Jersey.

MARK W. PARRINO, M.P.A., President, American Methadone Treatment Association, Inc., New York, New York.

J. THOMAS PAYTE, M.D., President, Drug Dependence Associates, San Antonio, Texas.

NEIL S. SILVERMAN, M.D., Medical Director, Family Center, Clinical Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania.

RONALD J. WAPNER, M.D., Director, Division of Maternal-Fetal Medicine, Professor of Obstetrics and Gynecology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania.

JOAN ELLEN ZWEBEN, Ph.D., Executive Director, East Bay Community Recovery Project and 14th Street Clinic, Berkeley, California.





## ABREVIATURAS

AA	Alcohólicos Anónimos	DSM-IV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición
ASAM	American Society of Addiction Medicine		
ASI	Addiction Severity Index	DTC	Drug Treatment Center
AZT	azidotimidina, zidovudina	ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
CARF	Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities	EMIT	Enzyme Multiplied Immunoassay Technique
CDC	Centers for Disease Control	ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
CFR	Code of Federal Regulations	FDA	Food and Drug Administration
CC-SM	Cromatografía gaseosa (espectrometría de masas)	FTA	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test
CSAT	Center for Substance Abuse Treatment	GAO	General Accounting Office
CTS	Counseling and Testing Sites	HCV	Virus de la hepatitis C
DEA	Drug Enforcement Administration	HUD	(Department of) Housing and Urban Development
DHEW	Department of Health, Education and Welfare	IND	Investigational New Drug (nuevo medicamento en estudio)
DHSS	Department of Health and Human Services	IV	Intravenoso
DIS	Diagnostic Interview Schedule	JCAHO	Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations
DSM-IIIIR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición revisada	LAAM	levo-alpha-acetyl-methadol
		MDI	Bayley Mental Development Index

MTQAS	Methadone Treatment Quality Assurance System	RPR	Rapid Plasma Reagent
NAPAN	National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics	SA	Síndrome de Abstinencia
NIDA	National Institute on Drug Abuse	SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
NIMH	National Institute of Mental Health	SAODAP	Special Action Office for Drug Abuse Prevention
OEO	Office of Economic Opportunity	Sida	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
ONDCP	Office of National Drug Control Policy	SMA	State Methadone Authority
OSHA	Office of Safety and Health Administration	SMO	Sistema Microsómico de Oxidación
PDI	Motor Development Index	SNC	Sistema Nervioso Central
PPD	Purified Protein Derivative	THC	Tetrahidrocannabinol
PMM	Programa de Mantenimiento con Metadona	VA	Department of Veterans Affairs
RIA	Radioinmunoensayo	VDRL	Venereal Disease Reference Laboratory
		VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



## PREFACIO

La *American Methadone Treatment Association Inc.* en colaboración con la *American Society of Addiction Medicine's Committee on Methadone Treatment*, han realizado este manual de tratamiento con el apoyo del *Center for Substance Abuse Treatment*. Este texto ha sido concebido como un anteproyecto para las autoridades políticas y los responsables de los programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (PMM) y presenta las técnicas para una práctica eficaz. La publicación de esta obra aparece en un momento de intensa actividad en el sistema asistencial debido a los siguientes factores: infección por el VIH, tuberculosis multirresistente, politoxicomanía, recesión presupuestaria y necesidad de aumentar la autonomía y los medios de los programas. Además, este libro también será de utilidad para los programas de tratamiento con metadona y para los pacientes, que serán los principales beneficiarios de este manual.

Durante estos últimos años el tratamiento de mantenimiento con metadona ha sido objeto de minuciosos análisis. En el informe final publicado en junio de 1988, la *White House Conference for a Drug Free America* recomendaba que la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona se sometiera a evaluación por parte de un organismo independiente. Recomendaba además la elaboración de unas normas objetivas estandarizadas que permitieran evaluar los resultados de los programas de tratamiento de las adicciones. La *General Accounting Office Report on Methadone Treatment*, publicada en marzo de 1990, señalaba importantes diferencias en la eficacia de los programas de mantenimiento con metadona. De hecho, algunos de los programas estudiados en este informe observaban la persistencia en el consumo de heroína en sus pacientes como consecuencia directa de la prescripción de dosis de metadona subterapéuticas. Y ello a pesar de que esta sustancia haya sido objeto de inves-

tigaciones farmacológicas exhaustivas que han permitido demostrar su eficacia y su seguridad de uso.

Para resolver los problemas actuales y futuros, los PMM de nuestro país deben incorporar las prácticas terapéuticas cuya eficacia ha sido probada por la comunidad científica. Tal como lo han señalado los autores que han participado en la redacción de este libro, el sistema asistencial de tratamiento de mantenimiento con metadona, incluyendo en él a las autoridades y a los responsables de los tratamientos, debe enfrentarse a unas dificultades que eran desconocidas hace veinte años, cuando la metadona empezaba apenas a perfilarse como modalidad terapéutica. El Congreso, las fuentes de financiación, las autoridades y la población en general continuarán ejerciendo presiones desde una perspectiva económica y de planificación. Por mi parte, no he cambiado de opinión desde mi nominación al CSAT en 1989, por el Dr. Louis W. Sullivan, secretario del *Health and Human Services*. Considero que es necesario crear un sistema de tratamiento global que asocie el PMM con atención médica de base, servicios de salud pública y de salud mental y servicios sociales. Además, hay que garantizar que los presupuestos federales dedicados a los tratamientos sean utilizados específicamente de acuerdo con las recomendaciones que la investigación científica y las iniciativas técnicas nos han enseñado.

El *Center for Substance Abuse Treatment* tiene por función mejorar la calidad y la integridad del sistema americano de tratamiento con metadona. Este libro representa una parte importante de esta misión que incluye, por otro lado, la aportación de una asistencia técnica individualizada a los Estados, así como el desarrollo de nuevas iniciativas políticas orientadas hacia el futuro.

*Beny J. Primm, MD.*

Director Center for Substance  
Abuse Treatment



## NOTA DEL PRESIDENTE DEL GRUPO DE TRABAJO AMERICANO

Deseo agradecer a todos los autores que han participado en la redacción de esta obra el haber aceptado compartir con todos nosotros sus experiencias y sus puntos de vista. Además deseo expresar mi reconocimiento al *Methadone Treatment Committee of the American Society of Addiction Medicine* por su apoyo. El *Single State Agencies* y los directores de la *National Association of State Alcohol and Drug Abuse* nos han aportado una ayuda fundamental, informándonos de sus recomendaciones y haciendo así este libro equilibrado y coherente.

Es también necesario señalar el extraordinario trabajo de numerosas personas que han aportado su apoyo técnico en la organización de reuniones, en la edición, la concepción y la estructura de esta obra. La lista de todas estas personas figura en el anexo A.

Por último, deseo reconocer el trabajo de todos aquellos y aquellas que han revisado el texto en cada uno de los niveles de consenso. La colaboración directa de los responsables de los organismos gubernamentales y de los tratamientos con metadona ha contribuido a reforzar aún más la integridad del documento final.

*Mark W. Parrino, M.P.A.*



## NOTA DE LOS TRADUCTORES

El texto original de esta obra está ajustado a la realidad asistencial americana. En la traducción se ha respetado el texto original en su globalidad, a pesar de que en algunos pasajes no se adapte a la realidad asistencial española. En algunos casos hemos optado por utilizar expresiones en castellano para conceptos típicamente anglosajones, siendo el más característico la traducción de la expresión *take home* por «dosis de metadona para llevar».

Cabe mencionar un perfil profesional típicamente americano, el *counselor*, que no tiene su homólogo en España. El *counselor* es un profesional o un ex-adicto que ha recibido una formación y que desempeña tareas variadas tales como encuentros informales, seguimiento psicossocial regular, trabajo grupal, apoyo individual, etc. En la traducción hemos intentado adaptarnos a la realidad asistencial de nuestro país y se ha utilizado los términos «terapeuta», «consejero», «educador» o «miembro del equipo», en función de cada contexto. Para el concepto de *case manager* o *primary counselor* hemos añadido a las expresiones precedentes la especificación «de referencia».

Las expresiones «toxicómano», «adicto», «drogodependiente» y «usuario de drogas» se han utilizado en esta traducción como conceptos equivalentes, con el fin de evitar la repetición de una misma expresión.

Por último, señalamos, para quien pudiera estar interesado en ello, que el texto original contiene las diversas reglamentaciones americanas. Consideradas de escaso interés para el lector español, esta parte ha sido suprimida en beneficio de un resumen de la legislación española vigente en materia de prescripción de estupefacientes.

*Miguel de Andrés y Miguel del Río*



## INTRODUCCIÓN

La selección de los temas y autores de este manual ha sido objeto de una meticulosa reflexión en colaboración con los organismos gubernamentales. Esta obra ha sido redactada para que sirva de base en la toma de decisiones responsables en torno al tratamiento de mantenimiento con metadona y en la elaboración de protocolos sobre el proceso de admisión, dosis de mantenimiento adecuada, análisis de orina, metadona para llevar<sup>1</sup>, detección del VIH y otras enfermedades infecciosas, duración del tratamiento, aumento de la retención de pacientes, tratamiento de la politoxicomanía, atención a las mujeres embarazadas, esfuerzos para desarrollar unas relaciones comunitarias positivas, y otras cuestiones relacionadas con el futuro. Además, debido a que la mayoría de personas que trabajan en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona desconocen, desgraciadamente, la historia completa de su desarrollo, se ha incluido un capítulo que aborda este aspecto.

Los temas han sido seleccionados porque representan los problemas más serios con los que se ven confrontados las autoridades políticas y los responsables de los programas. Actualmente no existen, a nivel nacional, metodologías que permitan evaluar los resultados de los programas. La FDA y la SMA hasta ahora han utilizado criterios sobre el proceso de atención como principal método para garantizar que los programas se ajusten a las mínimas normas exigidas. Hoy en día los Estados Unidos cuentan con 750 programas ambulatorios de tratamiento de mantenimiento con metadona en 40 Estados y territorios que tratan diariamente a unos 115.000 pacientes.

Algunos de estos Estados han promulgado leyes que entran en conflicto con la práctica terapéutica. Por ejemplo, algunos Estados y sus instituciones prohíben las dosis de metadona para llevar, mientras otros

---

1. *Take home* en el original. (N. del T.)

limitan la duración del tratamiento. Algunos programas desintoxican, erróneamente, a las pacientes embarazadas en tratamiento con metadona, en razón de su embarazo. Si un paciente efectuara un viaje por el país recibiría una atención muy variada en función del programa o de la legislación en vigor en cada punto de su viaje. Este «viajante» podría recalar en un Estado de «baja dosis» o en otro que sólo permitiera la metadona para llevar por debajo de una determinada dosis. Los responsables de los programas y los políticos deberían evitar prácticas que trastornaran la terapia de las personas dependientes de los opiáceos, si pretenden que el tratamiento sea eficaz.

Esperamos que el contenido de esta obra ayudará a los Estados y a los programas a resolver las dificultades de los años noventa y sucesivos. Este reto solamente puede ser asumido con un espíritu de respeto entre pacientes, profesionales y políticos.

El tratamiento de mantenimiento con metadona continúa siendo una de las intervenciones más válidas a nuestra disposición para tratar a los adictos crónicos a los opiáceos. Nuestra obligación es la de aportar la mejor atención posible a los pacientes y familias que han depositado su confianza en nosotros.





## RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS 1-13

### CAPÍTULO 1

#### SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL TRATAMIENTO CON METADONA

La década de los noventa será determinante para el tratamiento de mantenimiento con metadona y para todo el sistema relacionado con la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias tóxicas o ilícitas. Habrá un apoyo más sostenido a nivel Federal y Estatal en cuanto a las reglamentaciones, además de una mayor vigilancia legislativa. Estamos entrando en una época de mayor responsabilidad, que requerirá el desarrollo de intervenciones estandarizadas basadas en resultados previos.

El personal que trabaja en este ámbito necesita una sólida formación para hacer frente a problemas como la muerte o graves enfermedades. Se exigirá a los responsables de los PMM<sup>1</sup> que ofrezcan una gama más amplia de servicios. Los grupos de apoyo formarán parte del sistema de tratamiento. Se ofrecerá mayor atención médica de base en los propios servicios, como consecuencia de contactos establecidos con otros servicios sanitarios. La orientación profesional y laboral de los pacientes representarán un aspecto crucial de la terapia y serán utilizadas como una valoración del éxito del tratamiento y como un incentivo para que las compañías de seguros médicos cubran algunos costes. Muchos programas comenzarán a ocuparse de los trágicos problemas intergeneracionales del abuso de drogas y pondrán en marcha talleres de aptitudes parentales desde el marco del tratamiento.

Los recursos de los servicios de tratamiento podrán ser utilizados de manera más eficaz a medida que nuevas investigaciones, impulsadas políticamente, indiquen cómo escoger la combinación más adecuada

---

1. Programas de mantenimiento con metadona.

de personal para tratar a los pacientes en cada una de las fases del seguimiento. El coste anual de estos servicios debe ser determinado por una planificación realista y coherente para la Administración estatal, con la participación directa de los responsables de los programas de mantenimiento con metadona.

Los desafíos de esta década solamente se podrán superar por medio de un respeto mutuo entre las autoridades, los profesionales de los programas de tratamiento con metadona y los pacientes. Éstos solamente pueden mejorar en un entorno terapéutico creado por un personal atento y competente. La labor del personal debe ser apoyada, activa e ideológicamente, por los responsables de los programas. Estos últimos deben, a su vez, ser ratificados por iniciativas políticas coherentes, tanto a nivel Federal como Estatal. El sistema de tratamiento con metadona debe ser reforzado y mejorado para poder atender más eficazmente a las personas necesitadas.

#### *Recomendaciones*

- Ofrecer *in situ* una gama amplia de atención médica y servicios de consejo para responder a las necesidades inmediatas de los pacientes y desarrollar una red eficaz de servicios adicionales que puedan ser recomendados a los pacientes.
- Planificar la capacidad del centro para las intervenciones médicas, el seguimiento y el apoyo en función de las necesidades específicas de los pacientes del programa.
- Configurar el seguimiento de los pacientes de manera que se les ofrezca un mejor acceso a la atención en materia de VIH y un apoyo clínico intensivo para aquellos pacientes que consumen alcohol y drogas.
- Fomentar grupos de apoyo y de ayuda mutua entre los pacientes dentro de los programas de mantenimiento con metadona.
- Considerar seriamente el callejeo de los pacientes en el entorno de los servicios; prevenirlo con reglas bien establecidas que sean parte integral del tratamiento y que se mantengan gracias a una organización eficaz, estable y segura.
- Educar a la comunidad sobre la importancia del tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Realizar proyectos de «buena vecindad», como jornadas de puertas abiertas a los servicios o sesiones de información, con el objetivo de implicar más directamente a la comunidad.

- Tratar de utilizar los recursos más eficazmente; esta meta se logrará a medida que avancen las investigaciones y su apoyo financiero, que informarán sobre cómo combinar más adecuadamente el personal para atender a los pacientes durante las diferentes fases del tratamiento.
- Desarrollar modelos diversos de atención que respondan a las necesidades de cada paciente durante las distintas fases del tratamiento de mantenimiento con metadona: pacientes nuevos requerirán un fácil acceso a una amplia gama de servicios, mientras que pacientes estabilizados con éxito desde varios años necesitarán menos intervenciones.

## CAPÍTULO 2

### PERSPECTIVAS HISTÓRICAS Y CUESTIONES DE SALUD PÚBLICA

Este capítulo repasa la transformación social que ocurrió en los Estados Unidos durante el siglo pasado, en el que diferentes grupos sociales corrían el riesgo de convertirse en dependientes a los narcóticos. Los principales sucesos involucrados en esta transformación fueron: el establecimiento de la *Harrison Act*, la posición «antimantenimiento» adoptada por el Departamento de Tesorería como una interpretación de dicha acta y los consecuentes obstáculos legales, la prohibición del mantenimiento con opiáceos desde la práctica de la medicina y, posteriormente, el desarrollo del mantenimiento con metadona como un modelo de tratamiento para la adicción a opiáceos. Este capítulo describe las bases conceptuales del mantenimiento con metadona, su segura utilización médica, su eficacia para la salud pública en la lucha contra la propagación del VIH y su papel central en el tratamiento de la adicción a la heroína. Finalmente, se aborda la necesidad urgente de mejorar la calidad de los PMM y la necesidad de educar e informar a todos los miembros de la sociedad para contrarrestar los falsos mitos asociados con estos programas.

## CAPÍTULO 3

### ASPECTOS CLÍNICOS

Este capítulo revisa algunos de los principales problemas con los que se encuentran los profesionales de los PMM. Para aprovechar los importantes beneficios de los tratamientos con metadona será necesario disponer de las subvenciones necesarias y estar dispuestos a utilizar nuestros conocimientos para revisar las políticas y las reglamentaciones exis-

tentes. Los sistemas de autorización de tratamiento deben ser actualizados y simplificados para aportar un nivel de atención homogéneo sin excesivas restricciones. Las autoridades que establecen las reglamentaciones deben ocuparse de fomentar, en vez de penalizar, los programas dispuestos a afrontar y resolver problemas clínicos complejos. Es necesario realizar un mayor esfuerzo en la formación, para evitar el desaliento de los equipos y así mejorar sus competencias frente a las múltiples y complejas situaciones con las que se enfrentan. Recursos más específicos, como psicoterapeutas adecuadamente formados, son necesarios para el tratamiento de los pacientes en los que coexisten trastornos de abuso de alcohol, drogas y trastornos de salud mental. Las estrategias dirigidas a los pacientes que utilizan heroína, alcohol y otras drogas deberían ser redefinidas. Un mayor esfuerzo es necesario para atender las necesidades complejas de mujeres en tratamiento, especialmente las de las mujeres embarazadas, y ofrecer servicios, como la atención a la infancia, para reducir los obstáculos que dificultan la plena participación de las mujeres en el tratamiento. Un número creciente de pacientes infectados por el VIH necesitan servicios que respondan a sus específicas necesidades; estos servicios deberían estar integrados en la globalidad del programa. El tratamiento de mantenimiento con metadona tiene como particularidad que el equipo sigue a los pacientes regularmente durante un largo período de tiempo; por ello es necesario un refuerzo en el apoyo a los equipos para hacer frente al número creciente de pacientes en estado terminal. Los equipos deben explorar la manera adecuada de integrar experiencias de autoayuda teniendo en cuenta las dificultades de esta empresa. Se debe recordar a los pacientes que desean interrumpir el mantenimiento con metadona que la prioridad principal es la perspectiva de cambio de su estilo de vida, más importante que la propia desintoxicación de metadona. El equipo debe estar adecuadamente formado en función de las necesidades particulares de cada PMM.

Para alcanzar los objetivos definidos en este capítulo es fundamental disponer de una planificación a largo plazo y destinar los presupuestos necesarios. Aunque esta tarea sea de gran envergadura, la combinación de nuestra experiencia clínica con las investigaciones empíricas sobre la naturaleza de la dependencia a los narcóticos y la identificación de los elementos eficaces del tratamiento nos aportan nuevos instrumentos para alcanzar nuestras metas.

### *Recomendaciones*

- Revisar los reglamentos de Estado actualmente en vigor con el propósito de determinar si producen realmente los efectos deseados; redu-

cir los obstáculos para atraer y retener a los pacientes en tratamiento (atención a la infancia).

- Aumentar los recursos a disposición de los programas, incluyendo asesoramiento técnico.
- Asegurarse de que se realiza correctamente una valoración clínica completa del estado de los pacientes, que las pautas de tratamiento estén establecidas de manera individual y que se fijen objetivos a corto y a largo plazo; especificar el nivel, la duración y la frecuencia de las actividades de apoyo; registrar las circunstancias que provocan cambios en esta planificación.
- Simplificar la gestión de las historias clínicas, disminuir el tiempo que el personal dedica al trabajo administrativo y mejorar la calidad de los registros.
- Elaborar protocolos que permitan controlar el consumo de alcohol y de otras drogas, así como la ocupación de los pacientes a largo plazo, para que puedan beneficiarse de un marco de tratamiento más flexible; vigilar los signos premonitorios de posibles recaídas.
- Ofrecer una psicoterapia especializada suplementaria para aquellos pacientes que presentan trastornos psiquiátricos; coordinar apoyo y psicoterapia especializada y garantizar a los pacientes el acceso a médicos con conocimientos apropiados en las prescripciones a drogodependientes.
- Poner a disposición de los pacientes programas de orientación y servicios de formación profesional, así como cursillos de habilidades parentales.
- Hacer todo lo posible por retener a los pacientes en tratamiento. Pocas veces es adecuado expulsar a los pacientes que presentan comportamientos característicos de la adicción a drogas; es por ello que no se puede concebir la expulsión sin haber agotado previamente todas las otras posibilidades y sólo cuando parece evidente que es la solución menos mala.
- Implementar actividades que permitan disminuir el papel que las sustancias (no sólo la heroína) juegan en la vida de los pacientes y subrayar la importancia de adoptar un nuevo estilo de vida sin drogas ni alcohol, con el fin de que el tratamiento dé buenos resultados.
- Abordar de forma específica en las mujeres los problemas que puedan aparecer vinculados a las relaciones sexuales, prevención del

VIH y otras ETS<sup>2</sup>, atención a la infancia, embarazo y planificación familiar.

- Integrar en el tratamiento de mantenimiento con metadona intervenciones relacionadas con el sida y la asistencia a los múltiples aspectos relacionados con la infección al VIH; ofrecer apoyo al personal y grupos de ayuda mutua para los pacientes afectados por el VIH y sus familiares.
- Alentar a los pacientes a participar en programas de ayuda mutua cuando ello esté indicado y éstos acepten a pacientes tratados con metadona.
- Ayudar a los pacientes que desean interrumpir la metadona a estabilizar sus pautas de comportamiento, sus relaciones interpersonales y familiares, sus habilidades profesionales, el cuidado de su salud, sus actividades de ocio y a evitar situaciones que podrían conducirles a la recaída.
- Desarrollar y reforzar la formación de los equipos. Facilitar la difusión de informaciones relativas a nuevos avances, particularmente en el campo de la farmacología.

## CAPÍTULO 4

### POLÍTICAS Y CRITERIOS DE ADMISIÓN

El proceso de admisión es probablemente la etapa más importante del tratamiento de mantenimiento con metadona, ya que constituye el inicio de la transición de adicto de la calle a paciente en tratamiento. Es la primera vez que el individuo descubre el sistema terapéutico, sus servicios, sus reglas y sus exigencias. Lo que ocurra en esta fase determinará la actitud, el interés y la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Esta primera experiencia debe ser positiva para motivar al paciente, evaluar sus principales problemas y necesidades y establecer las bases de la intervención clínica.

Las reglas de los PMM deben garantizar que los pacientes son admitidos a tratamiento de la manera más humana y rápida, y que las características del programa facilitan su integración en el sistema asistencial. La exploración del candidato debe ser profunda y completa y servir de base a una planificación del tratamiento a largo plazo. Al determinar la conveniencia del ingreso del paciente, el equipo debe asegurarse de que el mantenimiento con metadona es la forma de tratamiento más

---

2. Enfermedades de transmisión sexual.

apropiada, que su inclusión es voluntaria y que conoce los riesgos, los beneficios y las opciones disponibles. Durante el proceso de admisión, informar correctamente al paciente contribuye a alcanzar los objetivos terapéuticos. El proceso de admisión no debe retrasar inútilmente el inicio del tratamiento.

La expulsión del programa debe basarse en un razonamiento clínico sólido, en el que se contemplen a la vez los intereses del paciente y del programa. La continuidad asistencial debe ser tenida en consideración y la orientación del paciente hacia programas mejor adaptados ha de ser la regla. Un protocolo adecuado y la atención a los derechos del paciente garantizan que las prácticas de expulsión no sean abusivas o arbitrarias. Los programas deben estar relacionados entre ellos y otros dispositivos terapéuticos a fin de facilitar la continuidad asistencial.

### *Recomendaciones*

- Asegurarse de que los locales y el entorno son acogedores, que favorecen la rehabilitación y que se diferencian claramente de los lugares hostiles en los que suelen vivir numerosos adictos.
- Fomentar que los miembros del equipo de admisión sean sensibles a las necesidades de los pacientes y que, en la medida de lo posible, sus características se ajusten a la población tratada.
- Ingresar rápidamente a los pacientes en el tratamiento; facilitar la integración de los pacientes al sistema asistencial.
- Dar prioridad a las mujeres embarazadas y a las personas que presentan graves trastornos médicos y/o psiquiátricos.
- Proceder a una evaluación y a un examen exhaustivo de los pacientes que permita establecer una base para la planificación eficaz del tratamiento.
- Detectar los pacientes con comportamientos de alto riesgo relacionados con el VIH, ETS, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.
- Asegurarse, durante el proceso de evaluación, de que el mantenimiento con metadona es la mejor modalidad terapéutica y que el tratamiento no es coercitivo.
- Dar una información adecuada en lo que se refiere al programa, sus reglas y protocolos, así como los derechos y responsabilidades de los pacientes.

- Considerar con mucha prudencia la expulsión de los pacientes; ante esta situación procurar derivarlos hacia otro programa mejor adaptado.

## CAPÍTULO 5

### PRINCIPIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA DOSIS DE METADONA

Desde las primeras recomendaciones de Dole & Nyswander (1966), que aconsejan dosis de mantenimiento de entre 80 y 120 mg/día, la dosificación de metadona ha estado más a menudo sometida a consideraciones políticas y filosóficas que a criterios racionales o a una buena valoración clínica. Los trabajos de D'Aunno & Vaughn (1992) señalan que más del 50 % de los pacientes del país reciben cantidades subóptimas e insuficientes para prevenir el consumo de estupefacientes. Otros estudios señalan que dosis adecuadas de metadona determinadas de manera clínica e individualizada se correlacionan con el uso reducido de drogas ilegales y con la mejora de la retención de los pacientes en tratamiento. Las expresiones «alta dosis» o «baja dosis» deberían ser abandonadas en beneficio de la expresión «dosis adecuada». Es evidente que la cuantificación de la dosis de metadona debe ser siempre el resultado de una buena valoración clínica por un médico experimentado que tiene la ventaja de tener al paciente ante sí. La decisión de la dosis terapéutica de metadona, como la de cualquier medicación, no la pueden definir ni las autoridades ni las disposiciones legales.

El primer objetivo es aliviar todos los signos y síntomas del síndrome de abstinencia. Una vez que se ha alcanzado un alivio total, se puede proseguir la inducción a un ritmo más lento a fin de alcanzar la dosis terapéutica de mantenimiento. Durante la fase de mantenimiento es frecuente que algunos pacientes permanezcan durante años con la misma dosis y que otros necesiten ajustes periódicos. Tanto la determinación de la dosis de metadona como los ajustes periódicos necesitan de una valoración clínica minuciosa que incluya una especial atención a signos de sobredosificación o de subdosificación del paciente. El equipo y los pacientes deben ser conscientes de los riesgos asociados con la recaída en el consumo de drogas inyectables cuando se decide una desintoxicación o la disminución de la dosis de metadona.

Este capítulo también explora los principios básicos del tratamiento del dolor en pacientes en mantenimiento con metadona y en él se



describen las técnicas adecuadas y los malentendidos en relación con este tema. Por último, se abordan los problemas del tratamiento del dolor crónico.

### *Recomendaciones*

- Determinar la dosis de metadona basándose en una buena valoración clínica hecha por un médico con experiencia que ha examinado previamente al paciente; la dosis no es competencia de las autoridades responsables de la reglamentación o de la política legislativa.
- Administrar dosis de metadona suficientes para producir la respuesta deseada en el paciente durante el tiempo conveniente, garantizando un margen de eficacia y seguridad. La mayoría de los pacientes acabará por alcanzar una dosis eficaz, cuyo límite inferior se sitúa en torno a 50 mg y el límite superior sobre 120 mg. Para la mayoría de los pacientes la dosis eficaz debería situarse en 80 mg, más menos 20 mg.
- Asegurarse de que los antecedentes del paciente y el examen físico apoyan la valoración del médico y determinan que es un candidato al que le conviene el tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Establecer la dosis inicial de acuerdo con la evaluación realizada por el médico a partir del historial y la situación actual del paciente, teniendo en cuenta condiciones locales tales como la pureza relativa de las drogas de la calle.
- Determinar la dosis de mantenimiento individualmente, prestando atención a las informaciones esenciales aportadas por el paciente. Esta dosis debería determinarse por un médico con experiencia y ser adecuada para producir los efectos deseados en 24 horas o más, con un margen que permita ciertas fluctuaciones cotidianas.
- Proseguir el mantenimiento con metadona tanto tiempo como el paciente lo desee y en tanto el tratamiento sea beneficioso.
- Evitar modificar las dosis, ya sea aumentándolas o disminuyéndolas, para reforzar un comportamiento positivo o penalizar uno negativo.
- Tratar el dolor utilizando agonistas opiáceos de corta duración; a menudo podemos alcanzar una mejoría utilizando dosis más altas a mayor frecuencia.
- No intentar una desintoxicación salvo si el paciente rehabilitado lo desea firmemente.

## CAPÍTULO 6

### EL ANÁLISIS DE ORINA COMO INSTRUMENTO CLÍNICO

El análisis de orina es un componente básico del tratamiento de mantenimiento con metadona. Utilizado en sus inicios para medir la eficacia de los programas, el análisis de orina es actualmente utilizado para monitorizar el uso de drogas y decidir si el paciente es suficientemente responsable y puede recibir sus dosis para llevar. Los informes de los análisis de orina son utilizados por las autoridades para supervisar si los programas ofrecen dosis para llevar a pacientes apropiados o a otros que podrían vender su dosis o desviarla al mercado negro.

Los métodos de análisis de orina varían mucho en función de los programas y de las regiones. Los PMM deben desarrollar reglas y protocolos sobre el análisis de orina para complementar el tratamiento del paciente y ser conscientes de la inevitable tensión asociada con el análisis y la utilización de sus resultados en la toma de decisiones terapéuticas. Los análisis de orina deben ser realizados teniendo en cuenta la dignidad y privacidad del paciente y en el marco de una buena atención clínica.

#### *Recomendaciones*

- Considerar las exigencias federales en materia de análisis de orina como un mínimo; evaluar las necesidades clínicas y desarrollar pautas y protocolos con el fin de integrar el análisis de orina en la planificación y seguimiento del tratamiento.
- Obtener las muestras de orina en una atmósfera terapéutica que evoque confianza y seguridad y no autoridad y sanción.
- Recoger las muestras de modo aleatorio y según el calendario de los días en que el paciente acude al centro.
- Informar a los pacientes sobre el modo en que las muestras de orina son recogidas y de su deber de proporcionar una muestra cuando ésta es solicitada.
- Velar porque los servicios destinados a la recogida estén siempre limpios y porque en ellos se ofrezca jabón y artículos higiénicos.
- Efectuar la recogida de la orina de modo que se reduzcan al máximo los riesgos de falsificación; en el caso de la observación directa, actuar con ética y con respeto de la intimidad del paciente.
- Comentar los resultados positivos con el paciente e inscribir los resultados en la historia clínica; registrar igualmente las reacciones del paciente.

- Cuando un consumo continuado de droga constituye un problema, ofrecer consejos, efectuar un examen médico y otras intervenciones; el castigo no es una respuesta adecuada.
- Tomarse en serio al paciente cuando niega firmemente haber consumido drogas y contemplar la posibilidad de que se trate de un falso positivo.
- Revisar la dosis cuando los resultados de los análisis son positivos para la heroína u otras drogas y ofrecer consejos en materia de toxicomanía y VIH; evaluar cuidadosamente los resultados negativos a la metadona.
- Controlar los resultados para asegurarse de que sean conformes a los reglamentos vigentes y así poner de manifiesto las tendencias a nivel de consumo de drogas que podrían conducir a un reajuste de los recursos clínicos y financieros del programa; asegurarse de que los resultados positivos son gestionados adecuadamente por el personal y que tanto los resultados como las reacciones son registrados en la historia clínica.
- Asegurarse de que la frecuencia de los análisis es la adecuada desde un punto de vista clínico y que permite una reacción rápida en caso de recaída.
- Efectuar los análisis con una frecuencia suficiente para poder ser utilizados en la toma de decisiones en cuanto a dosis de metadona para llevar; sin embargo, el personal no debería basarse únicamente en estos resultados para tomar decisiones clínicas.
- Evaluar la calidad del laboratorio elegido para los análisis; velar porque se utilice una metodología y un equipo adecuados y porque se efectúe un control de calidad; garantizar una calidad mínima en todos los niveles implicados en el proceso.
- Formar y educar convenientemente a los responsables y al personal del programa en el tema de las analíticas y su proceso, de forma que sean bien comprendidas sus ventajas y sus límites.

## CAPÍTULO 7

### DISPENSACIÓN DE DOSIS PARA LLEVAR: PRÁCTICAS RESPONSABLES

La entrega de metadona para llevar es un instrumento clínico importante en el tratamiento de mantenimiento. Son varios los factores destaca-

bles para intentar lograr un equilibrio adecuado entre los beneficios y los inconvenientes de las dosis para llevar. Los factores cruciales a considerar incluyen el tiempo que el paciente lleva en tratamiento, la existencia de signos físicos o psicológicos de abstinencia, la presencia y el grado de otros trastornos médicos concurrentes, la presencia de problemas de comportamiento, la adecuación del entorno familiar y el potencial terapéutico de este método para este paciente. Este capítulo revisa las reglas generales en relación con las indicaciones clínicas sobre las dosis para llevar y el control de estos pacientes.

Las exigencias que rigen el uso de la metadona para llevar están estipuladas por reglamentaciones federales y por otros organismos estatales competentes en drogodependencias y salud pública. No obstante, estas normas ofrecen suficiente margen a los programas para que puedan tomar decisiones clínicas ajustadas a las ventajas e inconvenientes que presenta este inestimable instrumento clínico para los pacientes. La decisión de autorizar las dosis para llevar debería tomarse teniendo en cuenta aspectos médicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

#### *Recomendaciones*

- Considerar las opiniones de cada uno de los miembros del equipo (médicos, enfermeros, terapeutas) para reunir la información necesaria para cada paciente y debatir sobre sus implicaciones en la decisión de conceder la metadona para llevar.
- No basarse en la dosis diaria para determinar si un paciente debe recibir metadona para llevar.
- Considerar los siguientes factores en la decisión de entrega de metadona para llevar: duración suficiente del tratamiento efectuado, estabilidad clínica, progresos en la rehabilitación, necesidades médicas, factores comportamentales y situaciones de crisis.
- Evaluar los siguientes factores que desaconsejarían la entrega de metadona para llevar: sintomatología de abstinencia, persistencia de consumo de drogas ilícitas, ausencia de metadona en las muestras de orina analizadas en el laboratorio, potencial complicación de trastornos coexistentes, mantenimiento de comportamientos de delincuencia y entorno familiar inestable.
- Mantener una evaluación médica, al menos trimestral, de cada paciente al que se entrega metadona para llevar (o con mayor frecuencia si está clínicamente indicado), y ello mientras se beneficie de este

privilegio; revisar en equipo las ventajas e inconvenientes de mantener la entrega de metadona para llevar.

- Recurrir al control bioquímico para garantizar que el paciente no consuma estupefacientes ilegales y que realmente tome la metadona que se le entrega; prevenir el desvío de metadona hacia el mercado ilegal.
- Dar al paciente instrucciones sobre cómo conservar la metadona en su domicilio sin peligro.

## CAPÍTULO 8

### TRATAMIENTO DE LA POLITOXICOMANÍA

La razón por la que un adicto abusa de una o varias sustancias puede estar relacionada con la capacidad química de la sustancia para regular un estado de ánimo específico. Por ejemplo, la heroína puede aliviar la ansiedad, mientras que la cocaína puede aliviar la depresión. Los politoxicómanos pueden desarrollar pautas de uso de drogas específicas que varían durante el día. Además, como la metadona impide que la heroína module cambios en el estado de ánimo, el paciente puede empezar, o incrementar, el uso de otras sustancias para lograr el efecto deseado. La interacción de otras sustancias con la metadona variará en función de que presenten una tolerancia cruzada con la metadona o que la potencien.

La politoxicomanía puede y debe ser tenida en cuenta por los programas de mantenimiento con metadona, ya sea en el interior de los mismos o a través de una orientación hacia otros servicios. Estas dependencias múltiples requieren una evaluación más completa que en el caso de una dependencia de opiáceos simple. En cierta medida, existe una gama de opciones terapéuticas que permiten tratar la politoxicomanía de los pacientes mantenidos con metadona, pero estas opciones no han sido suficientemente investigadas. A pesar de ello, aportan una contribución clínica que permite el mantenimiento de la metadona durante ciertos períodos críticos obteniendo una disminución de la frecuencia y de la gravedad del consumo de otros tóxicos. Los Estados pueden jugar un papel esencial promocionando la investigación, proponiendo una amplia gama de tratamientos y una mayor flexibilidad a nivel de los recursos, a través del desarrollo de nuevas políticas y reconociendo las ventajas a largo plazo de estas intervenciones.

### *Recomendaciones*

- Al efectuar la evaluación, distinguir entre consumo ocasional de otra sustancia, abuso de la misma y dependencia; determinar los esquemas de consumo de drogas y su etiología en cada paciente, incluyendo la distinción entre el consumo con fines no terapéuticos de fármacos no prescritos y el consumo de medicamentos prescritos con fines terapéuticos.
- Ofrecer una diversidad de servicios para apoyar los esfuerzos hacia la deseada interrupción del consumo de drogas no prescritas.
- Asegurarse de que los objetivos del programa especifiquen que debe haber un progreso hacia la abstinencia de otras sustancias y que debe tenderse hacia una abstinencia a largo plazo asociada a una mejoría del funcionamiento y bienestar del paciente.
- Establecer un plan terapéutico racional que integre las medidas correspondientes al tratamiento de todas las sustancias psicoactivas.
- Educar a los pacientes sobre su vulnerabilidad a la tolerancia cruzada, las interacciones entre las drogas y su potenciación, la sustitución de dependencias y la automedicación.
- Asegurarse de que el personal del programa esté instruido sobre los objetivos del tratamiento con metadona, el consumo de alcohol y otras sustancias. Si se trata de un programa que no incluya el tratamiento con metadona, instruir y supervisar al equipo para que integre, sin riesgo de errores, los principios del tratamiento de mantenimiento con metadona a las modalidades terapéuticas utilizadas.
- Asegurarse de que las opciones terapéuticas que respondan a la politoxicomanía mantengan un equilibrio entre un incremento del apoyo ambulatorio y la opción de adaptar el marco terapéutico haciéndolo más estricto.
- Asegurarse de que exista una diversidad de opciones terapéuticas, que éstas estén bien coordinadas entre sí y que ofrezcan una continuidad en la atención entre los diferentes centros y programas disponibles.
- Desarrollar la investigación y los conocimientos en el campo de la desintoxicación de otras sustancias en un medio residencial manteniendo la metadona.

## CAPÍTULO 9

### MANTENIMIENTO CON METADONA Y EMBARAZO

El mantenimiento con metadona ha sido recomendado en el tratamiento de la dependencia de los opiáceos en mujeres embarazadas desde el inicio de los años setenta. Además de las ventajas descritas en este manual, el recurso a la metadona como terapia de mantenimiento de las mujeres embarazadas permite prevenir el consumo cíclico de opiáceos y protege al feto de episodios de abstinencia reiterados. Un programa global de mantenimiento con metadona, que incluya atención prenatal, puede reducir la incidencia de complicaciones obstétricas, fetales y retrasos en el crecimiento intrauterino, así como la morbilidad y mortalidad del recién nacido. Además, suele obtenerse una mejoría en la alimentación de la madre y reducir su exposición al VIH en caso de inyección de droga. Los servicios de atención global permiten igualmente que las mujeres entren en un proceso de rehabilitación sociopsicológica y se preparen para el nacimiento de su hijo.

Sin embargo, el tratamiento de mantenimiento durante el embarazo sigue siendo objeto de controversia, especialmente en lo que se refiere a desintoxicación médica, dosis adecuada y severidad de la sintomatología de abstinencia del recién nacido. Las consecuencias perinatales y el desarrollo de los niños tras una exposición intrauterina también han constituido un motivo de preocupación.

Es esencial que el mantenimiento con metadona durante el embarazo sea contemplado en un contexto apropiado. La metadona es un medicamento legal utilizado para el tratamiento de una enfermedad recurrente crónica y, al igual que con cualquier farmacoterapia, debe considerarse la relación riesgo-beneficio. Si el tratamiento con metadona de una mujer toxicómana embarazada es aplicado en el marco de un programa terapéutico global, que incluya los problemas médicos, obstétricos, psicosociales y de toxicomanía, se obtiene una reducción de la mortalidad y morbilidad materno-infantil y se evita la alteración del desarrollo y del funcionamiento cognitivo del niño.

#### *Recomendaciones*

- Establecer el diagnóstico de dependencia a opiáceos de una mujer embarazada según los mismos criterios (antecedentes de toxicomanía, anamnesis médica y psicosocial, exploración física, análisis de orina, sintomatología de abstinencia, etc.) que son utilizados para el diagnós-

tico de una dependencia de opiáceos en una mujer toxicómana no embarazada, evitando la utilización de medicamentos antagonistas.

- Ofrecer a las mujeres adictas embarazadas un tratamiento de mantenimiento con metadona en el marco de un programa terapéutico completo que incluya los problemas médicos, prenatales, obstétricos, psicosociales y relacionados con la toxicomanía.
- Cuando se opta por la desintoxicación de la metadona, efectuarla bajo el control de un médico experimentado en el campo de la toxicomanía perinatal, idealmente en una unidad que disponga de un equipo de control fetal; *debe evitarse* iniciar una desintoxicación antes de la 14 semana y después de la 32 semana de embarazo así como la sintomatología de abstinencia durante el embarazo.
- Inicialmente, mantener a las mujeres embarazadas a la misma dosis anterior al embarazo; se recomienda la hospitalización de las mujeres embarazadas no tratadas (para un ingreso de unos 3 días) con el fin de evaluar el *status* prenatal y el crecimiento fetal, documentar su dependencia física e iniciar el mantenimiento con metadona.
- Controlar a las mujeres embarazadas e individualizar la dosis.
- Al final del embarazo, aumentar la dosis de metadona, si es necesario, para mantener la misma concentración plasmática y evitar el síndrome de abstinencia.
- Aplazar la administración de metadona a pacientes objetivamente intoxicadas hasta remisión de los síntomas de intoxicación; eventualmente reingresar a estas pacientes para observar la sintomatología de abstinencia mientras se incrementa la dosis diaria en un marco controlado y observable.
- Favorecer el acceso a la detección y a un enérgico consejo en materia de VIH articulados con un apoyo orientado hacia la abstinencia de narcóticos, para favorecer la disminución de riesgos de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas, sus parejas y su descendencia.
- Utilizar una escala de abstinencia para controlar a los recién nacidos, de modo global y objetivo, con el fin de evaluar la aparición, el progreso y la disminución de la sintomatología, así como para evaluar la eficacia de los tratamientos introducidos.
- Ofrecer intervenciones adecuadas —utilizando, entre otras, las estrategias educativas y los grupos de apoyo para padres— para mejorar la



interacción madre-hijo y reducir las consecuencias comportamentales de una relación materno-filial empobrecida.

- La lactancia materna puede ser favorecida durante el tratamiento de mantenimiento con metadona. Sin embargo, se contraindicará si la paciente es VIH positiva o abusa de diversas sustancias.

## CAPÍTULO 10

### VIH Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

La infección por el VIH ha modificado los aspectos médicos asociados al consumo de estupefacientes por vía intravenosa. Los pacientes están más enfermos, sobre todo en las regiones con elevada prevalencia de infección por el VIH, y requieren intervenciones médicas y psicosociales más intensas. Numerosas secuelas ya conocidas de la adicción por vía parenteral (tuberculosis, hepatitis) se ven ahora agravadas por la infección por el VIH.

Para hacer frente al problema del VIH en los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), debe recurrirse a un doble enfoque basado tanto en estrategias de prevención como de intervención. La epidemia del sida es primero y ante todo un problema de salud pública. Los toxicómanos y sus parejas heterosexuales son los dos grupos en los que aumenta más rápidamente el riesgo frente al sida y, en consecuencia, la infección por el VIH. Este hecho ha incitado al *U.S. Public Health Service* a concentrar su atención en los centros que tratan UDVP, y en especial los PMM, para que en ellos se pueda acceder directamente a servicios de información, consejo y análisis del VIH.

El mantenimiento con metadona representa una excelente opción terapéutica para los UDVP crónicos, tanto desde el punto de vista de la salud pública como del tratamiento de la toxicomanía. Numerosos estudios han demostrado la superioridad de la metadona en retener a los pacientes en tratamiento (en especial a los nuevos pacientes) y en reducir de manera significativa el consumo intravenoso de drogas, siempre y cuando se empleen las dosis suficientes y se ofrezcan los servicios de consejo complementarios. Ha quedado ampliamente demostrado que la duración del tratamiento es un factor predictor de sus resultados. Por otra parte, otros estudios han mostrado que la prevalencia de la infección por el VIH es mucho más baja entre los pacientes que han permanecido a largo plazo en mantenimiento con metadona que iniciaron dicho tratamiento antes de la aparición de la infección entre la población local de toxicómanos.

Aunque este capítulo se ha centrado en la importancia de que se ofrezca información sobre el VIH, y medios de analizarlo, a todos los pacientes en PMM, esta recomendación no debe hacer olvidar la importancia del cribaje diagnóstico de otras enfermedades infecciosas que en la población toxicómana presentan una prevalencia mayor que en la población general. Las reglamentaciones federales ya imponen la intradermorreacción a la tuberculina y la prueba serológica de la sífilis para todos los pacientes en PMM. También se examinan sistemáticamente otras enfermedades infecciosas como las hepatitis y otras enfermedades de transmisión sexual. Si bien la detección es importante, y sería aconsejable que se ofreciera *in situ*, con frecuencia no es posible realizarla en un PMM por razones logísticas o financieras. Cuando sólo es posible ofrecer unos servicios médicos o de salud pública mínimos, es fundamental establecer conexiones con los servicios médicos comunitarios para efectuar los análisis y el seguimiento necesarios.

#### *Recomendaciones*

- Formar a los miembros del equipo sobre la infección por el VIH, incluyendo recomendaciones para la reducción de riesgos, la importancia e implicaciones de los consejos sobre el VIH y su detección, así como los protocolos de seguimiento.
- En la admisión en un PMM, dar a todos los pacientes una educación sobre el VIH, incluyendo información sobre los modos de transmisión, evaluación de los riesgos a los que se exponen, métodos de prevención y de reducción de riesgos, así como una sensibilización sobre la importancia que tienen los consejos sobre el VIH y su detección a nivel preventivo y de intervención.
- Ofrecer de modo rutinario consejos y test VIH (bien en el propio centro, bien por derivación) a todos los pacientes en PMM y a aquellos con quienes mantengan relaciones sexuales o compartan jeringas.
- Obtener el consentimiento informado del paciente antes de proceder a la educación y análisis del VIH. Respetar estrictamente las directivas federales de confidencialidad.
- Entrenar al personal encargado de la educación y la detección en asesoramiento pretest y postest.
- Tener personal especializado en salud mental rápidamente disponible para hacerse cargo de los pacientes que presentan un riesgo potencial de reaccionar negativamente a los resultados del test VIH.

- Asegurarse de que como mínimo un miembro del equipo esté familiarizado con los servicios médicos y de salud pública que ofrecen, en el sector geográfico de cada paciente, asesoramiento sobre VIH, intervención rápida y tratamiento, y que sea capaz de derivar a los pacientes rápidamente.
- Animar a los pacientes que son seropositivos a comunicarlo a aquellos con los que comparten jeringas y a sus parejas sexuales. En ciertos Estados, ello puede ser una exigencia legal.
- Ofrecer educación, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.
- Efectuar la detección de la tuberculosis en los nuevos pacientes del PMM, así como en todo el equipo, anualmente.
- Ofrecer la detección de las hepatitis víricas y de las ETS, y asegurarse de que se mantenga el seguimiento médico necesario, ya sea en el mismo programa, o en otro centro médico de la comunidad.
- Ofrecer la vacuna de la hepatitis B a todo miembro del equipo expuesto a un contagio.

## CAPÍTULO 11

### DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y RETENCIÓN DE LOS PACIENTES

La expresión *duración del tratamiento* se refiere al tiempo en que se mantiene la administración de metadona. Las decisiones que se refieren a la duración del tratamiento son tomadas por los médicos y otros profesionales del programa en cooperación con el paciente. Son decisiones clínicas que deberían basarse en los datos acumulados y sobre la experiencia médica, y no en disposiciones reglamentarias o una política general.

Cuando se analiza la cuestión de la duración del tratamiento de mantenimiento con metadona y sus implicaciones para pacientes y programas, conviene tener en cuenta que la remisión de la adicción a narcóticos —sea a corto o a largo plazo (menos o más de 6 meses, respectivamente)— depende, según la nueva clasificación DSM IV, de la interrupción del consumo ilegal de opiáceos y no de la presencia o ausencia de farmacoterapia.

La expresión *retención en tratamiento* se refiere a la capacidad y a la voluntad del paciente de permanecer en tratamiento en el tiempo, lo cual está influenciado por una combinación de características del

paciente y del programa. La retención constituye un elemento esencial para alcanzar una óptima duración del tratamiento.

La retención en tratamiento debe ser considerada como el resultado de una relación terapéutica continuada entre los pacientes en vías de curación y su centro de referencia. Además, las decisiones relativas al mantenimiento de la farmacoterapia con metadona deberían ser tomadas en el contexto de un proceso de evaluación continuada de la eficacia de los tipos específicos de tratamiento. Idealmente, los programas deberían recibir financiación no sólo para el tratamiento de los pacientes que reciben metadona, sino también para el de aquellos que tras una disminución lenta de la dosis siguen en tratamiento en la modalidad «dosis = cero». Siempre debería favorecerse que los pacientes permanezcan en un tratamiento continuado; debería reiniciarse la farmacoterapia en caso de recaída, cuando es previsible o cuando se teme que ocurra. Aquellos pacientes que han interrumpido el tratamiento y ya no reciben farmacoterapia, deberían poder ser readmitidos rápidamente en el programa de tratamiento en caso de necesidad. Los sentimientos como la vergüenza, la decepción y la culpabilidad asociada a una recaída pueden alterar —particularmente en el caso de pacientes rehabilitados que han establecido una estrecha relación con el personal— la voluntad y habilidad del paciente para negociar su readmisión en tratamiento. Por este motivo, todo obstáculo a la readmisión debería ser minimizado.

### *Recomendaciones*

- Continuar el tratamiento tanto tiempo como el paciente obtenga beneficios del mismo o desee seguir en él, mientras persista un riesgo de recaída en el uso de heroína u otras drogas, no padezca ningún efecto secundario relacionado con el tratamiento continuado con metadona y mientras esté indicado según el juicio clínico del médico; resumiendo, considerar como indefinido el tratamiento apropiado para una mayoría de pacientes que reúnen los criterios de una adicción crónica e intratable a la heroína.
- Acelerar el proceso de admisión de los pacientes y garantizarles que si reúnen los criterios recibirán la dosis inicial de metadona el mismo día de la entrevista de admisión.
- Considerar la retención en tratamiento como un objetivo principal. Entre las recomendaciones para mejorar la retención de los pacientes se incluyen las siguientes:

- Mejorar la accesibilidad del centro; es necesaria una descentralización geográfica en aquellas zonas donde la población adicta se encuentra distribuida en un amplio sector.
- Organizar el tratamiento de modo que perturbe lo mínimo las posibilidades de los pacientes de viajar, trabajar, seguir actividades educativas, recurrir a servicios de apoyo y a servicios sociales y de atención a la familia.
- Determinar los horarios en función de las necesidades de los pacientes.
- Ofrecer un tratamiento a un precio abordable para todo aquél que lo necesite.
- Asegurarse de que los pacientes tienen rápido acceso a los miembros del equipo, y en particular a su terapeuta de referencia.
- Asegurarse de que el equipo está suficientemente formado y que está sensibilizado a los problemas específicos relacionados con el sexo y la cultura de los pacientes.
- Ofrecer servicios de alta calidad.
- Ofrecer un servicio continuado y global.
- Asegurarse de que los pacientes reciben dosis adecuadas de metadona, basadas en las necesidades individuales.
- Ofrecer un «puerto seguro» y tratar a los pacientes con dignidad, respeto y empatía.

## CAPÍTULO 12

### INTEGRACIÓN DE LOS PMM EN LA COMUNIDAD

A pesar de más de 25 años de investigación y experiencia práctica en el campo del tratamiento de los adictos a opiáceos con mantenimiento de metadona, la población carece de conocimientos suficientes de la eficacia científica de este tratamiento. Persisten conceptos erróneos sobre la naturaleza de la adicción a narcóticos y del impacto decisivo del tratamiento de mantenimiento con metadona en el abordaje de este problema. Aunque el mantenimiento con metadona esté asociado a sustanciales beneficios a nivel de salud pública y de empleo, así como a una reducción del riesgo de infección por el VIH y de los comportamientos delictivos, estos beneficios son frecuentemente eclipsados por las preocupaciones que generan el callejeo de los pacientes y la venta de drogas en las proximidades de algunos PMM de gran capacidad. En los barrios residenciales o comerciales suelen verse las clínicas como una amenaza para el valor inmobiliario y/o la prosperidad comercial. Además, es frecuente que las reacciones negativas a nivel comunitario y político se basen en sólidas convicciones morales sobre las adiccio-

nes. Si bien los miembros de la comunidad pueden mostrar un apoyo manifiesto al concepto de tratamiento de la adicción, la metadona es considerada por algunos de ellos como una «muleta química» o como la sustitución de una dependencia por otra. En consecuencia, en el espíritu de los miembros de la comunidad no se hace distinción alguna entre los adictos de la calle y los pacientes en mantenimiento con metadona.

Los mensajes erróneos sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona han persistido a pesar de los prolongados esfuerzos por informar a las autoridades legislativas y sanitarias y a los líderes comunitarios. Los adversarios de los PMM han recurrido a protestas, argumentos sobre la distribución territorial y mensajes mediáticos negativos para evitar la instalación o ampliación de los programas. El apoyo político ha declinado y se ha estancado desde la década de los setenta y sigue siendo inconsistente y poco fiable. En general, y salvo ciertas variaciones locales, la respuesta comunitaria a la instalación y expansión de centros de tratamiento de mantenimiento con metadona ha sido poco acogedora. Esta resistencia, añadida a las amenazas hacia los centros ya existentes, mantiene a los responsables de los PMM estancados en estériles conflictos con la comunidad.

Aprovechando la experiencia adquirida por los sectores de salud mental y del tratamiento residencial, los equipos de tratamiento de mantenimiento con metadona han evolucionado claramente hacia la adopción de un modelo educativo de la comunidad y a estructurar el contacto con ella. Este trabajo ha conducido a ciertos programas a integrarse en el conjunto de los servicios comunitarios y a ser aceptados como miembros de la misma (lo cual ha permitido una mejoría importante de su aceptación). Se describen en este capítulo los elementos útiles para el desarrollo de la educación de la comunidad y de las relaciones con la misma.

### *Recomendaciones*

- Tener en cuenta, al establecer un programa, las necesidades de la comunidad y el impacto que pueda tener sobre ella.
- Asegurarse de que el aspecto físico del centro sea limpio y ordenado y que su disposición no perturbe la circulación de los peatones.
- Identificar a los líderes de la comunidad (en la que el centro está situado o presta sus servicios) y establecer contactos interpersonales, coordinación, educación y/o asociaciones con las siguientes personas:

- Representantes políticos.
  - Directores de servicios locales sanitarios, de drogodependencias y sociales.
  - Líderes de organizaciones empresariales.
  - Directores de los servicios de planificación comunitaria y sanitaria.
  - Líderes de las asociaciones vecinales.
  - Policía local y representantes de la ley.
  - Líderes espirituales y religiosos.
- Desarrollar y mantener un plan de relaciones públicas dirigido a la comunidad y adaptado a las particularidades y necesidades del programa.
    - Establecer una coordinación con los representantes comunitarios para compartir información relativa al programa, la comunidad y sus respectivos problemas.
    - Identificar a los miembros del equipo que asumirán la coordinación de las relaciones con la comunidad y definir los objetivos y procesos del plan de relaciones con ella.
    - Ofrecer el servicio como recurso comunitario en lo que se refiere a drogodependencias y los problemas sanitarios y sociales relacionados.
    - Desarrollar estrategias para mantenerse a la escucha de las preocupaciones de la comunidad con respecto al tratamiento de mantenimiento con metadona y la presencia del centro en el barrio.
    - Desarrollar una política y unos protocolos para abordar o resolver de un modo efectivo los problemas de la comunidad (incluyendo el callejeo de los pacientes y el desvío de la metadona hacia el mercado ilegal), y asegurarse de que las actividades del programa no afecten negativamente la vida comunitaria.
  - Registrar los esfuerzos centrados en las relaciones con la comunidad y los contactos con la misma, evaluar tales esfuerzos y contactos a lo largo del tiempo y corregir los problemas o deficiencias más destacados.

## CAPÍTULO 13

### VISIÓN RETROSPECTIVA Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Este capítulo realiza una visión panorámica histórica sobre el desarrollo del mantenimiento eficaz con metadona en el tratamiento de la adicción a la heroína, sobre el crecimiento de los PMM y sobre la controversia y los problemas actuales en relación con las modalidades de aplicación del tratamiento. También resume las investigaciones realizadas

desde 1964 hasta la fecha, que son presentadas por un investigador que ha desempeñado un papel crucial en el desarrollo del tratamiento de mantenimiento con metadona como una modalidad terapéutica viable y legítima.

El autor expone las prioridades del tratamiento en el futuro. Entre ellas figuran la necesidad de cambiar las actitudes de la sociedad y de los responsables políticos, aumentar las subvenciones otorgadas a los tratamientos y a la investigación, disponer de suficiente personal —adecuadamente formado— y la necesidad de crear programas completos que ofrezcan atención médica y psiquiátrica *in situ*.





# SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL TRATAMIENTO CON METADONA

MARK W. PARRINO M.P.A.

## INTRODUCCIÓN

A pesar del éxito ampliamente documentado durante más de veinticinco años del tratamiento de la dependencia crónica de estupefacientes, los tratamientos de mantenimiento con metadona se han abierto camino con dificultad tras unos años de inadecuada financiación y de percepción negativa por parte de la opinión pública. Desafortunadamente, las bases bioquímicas y psicológicas de las drogodependencias siguen siendo mal comprendidas, y las medicaciones de sustitución, objeto de desconfianza. El Dr. Vincent Dole describió el papel del mantenimiento con metadona de la manera siguiente:

*El tratamiento actúa de manera correctora normalizando los procesos neurológicos y endocrinos en los pacientes cuya función endógena de unión del receptor con su ligando ha sido perturbada por el largo uso de potentes estupefacientes. Que algunas personas con antecedentes de consumo de estupefacientes sean más sensibles a este desarreglo que otras y saber si los drogodependientes de larga duración pueden recobrar una función normal sin terapia de mantenimiento son cuestiones para el futuro. De momento, lo único que se puede decir es que parece existir una base neurológica específica en el uso compulsivo de heroína por parte de los adictos y que la metadona, tomada en dosis óptimas, puede corregir este trastorno (1988, p. 3.025).*

El informe recientemente publicado por el GAO sobre el mantenimiento con metadona, apunta que:

*«[...] la adicción a la heroína es común en los Estados Unidos. El NIDA estima que en los EE.UU. existen alrededor de 500.000 heroinómanos. Los expertos en tratamiento opinan que la dependencia de la heroína es una enfermedad crónica y recurrente contra la cual los adictos deberán luchar el resto de su vida» (1990, p. 8).*

En la actualidad, alrededor de 115.000 pacientes siguen tratamiento ambulatorio de mantenimiento con metadona en los casi 750 programas de tratamiento repartidos por 40 Estados o territorios.

Para ser eficaz, y si se pretende que responda a las necesidades cambiantes de los pacientes y a las expectativas públicas, un PMM<sup>1</sup> debe ser flexible y disponer de fondos suficientes. Es de lamentar que varios Estados hayan adoptado una política de tratamiento en la que se incrementa el número de pacientes en programas ya sobrecargados. Diez Estados no disponen de PMM ambulatorios: Arkansas, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Idaho, Maine, Mississippi, Montana, New Hampshire, Vermont y Virginia Occidental. Cabe esperar que, en el caso de que sus conciudadanos necesiten de tal intervención, dichos Estados utilicen este manual para desarrollar unos programas de tratamiento con metadona de calidad.

## FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Inicialmente, el mantenimiento con metadona fue desarrollado para tratar con bajo coste la adicción crónica a la heroína. Los doctores Vincent Dole, Marie Nyswander & Marie Jeanne Kreek fueron los pioneros en la utilización de la metadona para combatir la devastadora adicción a la heroína y la agitación social de los años sesenta. En aquel momento la heroína estaba en plena expansión, favoreciendo la propagación de hepatitis virales y aumentando el número de casos de sobredosis en los servicios de urgencias. Tal y como subrayaban Dole, Nyswander & Kreek, una intervención farmacológica eficaz tenía que reunir unas condiciones rigurosas para tratar con éxito la adicción a los opiáceos:

*Debe eliminar la atracción por la euforia de la heroína y los síntomas de abstinencia que conducen a los adictos a recaer en el consumo de drogas; debe estar suficientemente exenta de efectos tóxicos disfóricos para que los pacientes continúen el tratamiento; debe ser eficaz por vía oral, tener una larga duración, ser de uso médico seguro y compatible con un funcionamiento normal en el trabajo y/o los estudios y con un comportamiento social responsable (1966, p. 304).*

Se podía así tratar eficazmente a pacientes con varios años de adicción perniciosa con la prescripción de dosis cotidianas y adecuadas de metadona, proporcionando cuidados médicos y apoyo, enmarcando el tratamiento en un contexto seguro. Los programas de tratamiento con

---

1. Programas de mantenimiento con metadona.

metadona eran, sin lugar a dudas, más acogedores que las insalubres galerías de inyección o las atestadas celdas de la cárcel.

Uno de los primeros argumentos en favor del tratamiento de mantenimiento con metadona fue la relación existente entre adicción no tratada y delincuencia activa. El estudio retrospectivo realizado en Nueva York por Dole, Des Jarlais & Joseph (1981) sobre admisiones a tratamiento de mantenimiento con metadona y detenciones debidas a la adicción, demostró que unos 20.000 heroinómanos fueron admitidos en tratamiento con metadona entre el 1 de enero de 1971 y el 31 de diciembre de 1973. En este mismo período, el número de detenciones a consecuencia de las drogas disminuyó en 24.000 y los casos de hepatitis registrados en 1.500.

El mantenimiento con metadona ha demostrado de manera continua unos resultados impresionantes, consiguiendo reducir en más del 80 % de los pacientes tratados el consumo de heroína y las actividades delictivas. Estos datos han sido confirmados a lo largo de la historia del tratamiento con metadona, empezando por los resultados del estudio a largo plazo escrito por Dole & Joseph en 1978:

*En el momento de la evaluación, tras un tiempo medio en tratamiento de 72 meses, la incidencia de un consumo importante de opiáceos ilícitos había pasado del 100 % antes del tratamiento, al 1 %. La tasa de detención (por cualquier tipo de delito) había pasado de 90 por 100 individuos/año en el período previo al tratamiento, a 5 por 100 individuos/año durante el período evaluado (p. 183).*

El capítulo 2, «Perspectivas históricas y cuestiones de salud pública», ha sido incluido para informar al lector sobre las bases iniciales de este tipo de tratamiento.

## RETENCIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO

Uno de los grandes pilares del tratamiento de mantenimiento con metadona ha sido su capacidad para retener a los pacientes en tratamiento. Estudios independientes han demostrado continuamente que el estado físico y mental de los pacientes que se mantenían en tratamiento mejoraba. La Dra. Mary Jeanne Kreek, citando su propia investigación, señala:

*De hecho, la consecuencia médica más importante del tratamiento de mantenimiento con metadona, es la clara mejoría del estado de salud general y del estado nutricional observado en los pacientes, en comparación con su situación a la admisión (1983, p. 474).*

Entre los hallazgos de la investigación favorables a la retención de los pacientes, el más aceptado es el que demuestra una proporción de recaídas en el consumo intravenoso de heroína del 82,1 % entre los pacientes que terminan un tratamiento.

Esta recaída se produce durante los doce meses siguientes a la finalización del tratamiento (Ball *et al.* 1988). Estas conclusiones deberían ser cuidadosamente valoradas por aquellos responsables políticos locales y federales, así como por los equipos de tratamiento y los organismos financiadores que creen en la limitación de la duración del tratamiento. Un cierto número de Estados limitan el tiempo durante el cual un paciente puede seguir un tratamiento de mantenimiento con metadona a uno o dos años, mientras que otros supeditan el acceso a la metadona para llevar<sup>2</sup> a la dosis del paciente. Es importante recordar un fragmento de las conclusiones del estudio de Dole & Joseph (1978):

*Es, a posteriori, sorprendente observar cómo los reglamentos administrativos que rigen el tratamiento de los adictos se han basado más en opiniones teóricas, presiones políticas e ilusiones, que en la experiencia. Sin tener en cuenta si la adicción a los narcóticos es una enfermedad o un pecado —o ambos— la realidad práctica es que la mayoría de los adictos con un largo historial de consumo de heroína recaerán después de la interrupción del tratamiento. No es realista esperar que un tratamiento de duración limitada ocasione una tasa elevada de abstinencia permanente en esta población (p. 189).*

## EVALUACIONES RECIENTES DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Debido a que la situación actual denota un innegable aumento de la morbilidad y del abuso de múltiples sustancias, el sistema de tratamiento existente debe ser mejorado si se pretende tratar la adicción a la heroína. Este problema se aborda en el capítulo 10 «VIH y otras enfermedades infecciosas», en el que se señala que la infección VIH ha cambiado el enfoque médico frente al consumo de drogas inyectables. Los pacientes, en particular en las regiones de alta prevalencia de infección por el VIH, están más deteriorados y requieren más intervenciones médicas y psicosociales. Los programas de tratamiento con metadona deberían ofrecer unos servicios amplios a nivel médico y en materia de consejo en el centro mismo, para ser capaces de responder a las necesidades inmediatas de los pacientes, así como desarrollar una red eficaz de servicios paralelos de referencia. Los PMM

---

2. En el original americano *take home*.

de los años setenta trataban pacientes que sufrían enfermedades comparativamente menos complejas y que respondían a intervenciones menos costosas. Para muchas comunidades, la era de los tratamientos ambulatorios de mantenimiento con metadona baratos ha terminado con la aparición del VIH, de la tuberculosis multirresistente y del incremento de la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Dos evaluaciones del tratamiento de mantenimiento con metadona recientemente publicadas han tenido un impacto profundo sobre las políticas y las prácticas terapéuticas actuales. El informe del GAO sobre el mantenimiento con metadona fue publicado en marzo de 1990 en respuesta a la demanda del diputado del Congreso, Charles Rangel, presidente del *House Select Committee on Narcotic Abuse and Control*. Este informe citaba varios hallazgos importantes:

*Los dos principales organismos federales en materia de investigación sobre el abuso de alcohol y de estupefacientes han llegado a la conclusión de que la metadona constituye el medio más eficaz del que se dispone hoy en día para tratar la adicción a la heroína... Sin embargo, a un nivel práctico, el consumo continuado de heroína observado por el GAO en los pacientes de veinticuatro programas de tratamiento con metadona, indica que muchos programas no consiguen tratar eficazmente la adicción a la heroína. El uso de heroína en los pacientes con al menos seis meses en tratamiento fluctuaba entre el 1 % en un centro y el 47 % en otros dos (p. 3).*

Los diferentes resultados de los tratamientos mencionados en el estudio del GAO dependen directamente de las dosis de metadona prescritas. Este manual, y más concretamente el capítulo 5, «Principios para la determinación de la dosis de metadona», ha sido redactado teniendo en cuenta estas conclusiones. Es de lamentar que ciertos Estados y numerosos PMM preconicen todavía el empleo de dosis de mantenimiento subterapéuticas. La dosificación correcta es la que previene la recaída en el consumo de heroína. Tal como está explicado en el capítulo 5, *la determinación de la dosis está basada en un proceso clínico individualizado en el que interviene la óptima valoración profesional de un médico con experiencia en el campo de las adicciones y especialmente en el ámbito del tratamiento con metadona*. Un cardiólogo no trata afecciones cardíacas prescribiendo dosis subterapéuticas de digoxina. Los especialistas del tratamiento de mantenimiento con metadona no deberían intentar tratar la dependencia crónica a los estupefacientes prescribiendo dosis de metadona ineficaces. Las autoridades Estatales en materia de metadona y los responsables de los tratamientos deberían examinar de manera crítica la eficacia de sus pautas de dosificación. No existe ninguna ven-

taja en limitar la dosificación cotidiana de un paciente que continúa consumiendo estupefacientes, sobre todo en la era del sida.

La segunda conclusión crítica del GAO fue que:

*«[...] las políticas, los objetivos y las prácticas variaban mucho entre los veinticuatro programas de tratamiento de mantenimiento con metadona... No existen normas federales para los programas respecto a la eficacia del tratamiento. Al contrario, los reglamentos federales solamente se aplican al proceso de tratamiento para imponer exigencias administrativas a los programas» (p. 3).*

La idea de desarrollar métodos objetivos y estandarizados que permitan evaluar los resultados del tratamiento, así como el éxito de los programas, ha sido desarrollada en el informe final publicado en junio de 1988 por la *White House Conference for a Drug Free America*. Este informe apuntaba:

*Es mucho más difícil determinar en qué caso convendría considerar como éxito el resultado de una intervención concreta. La evaluación del éxito de un programa de tratamiento es una empresa ardua porque la adicción es un trastorno crónico que puede requerir numerosos episodios de tratamiento y una recaída puede ser un paso atrás en la vía de la curación a largo plazo. A pesar de las dificultades que comporta tal empresa, es necesario establecer unas normas de evaluación objetivas y estandarizadas, teniendo en cuenta las diferencias inherentes a cada tipo de tratamiento... Entre los criterios que deberían considerarse para establecer estas normas se hallan características del programa tales como el lugar y la duración del tratamiento, características relativas al paciente tales como antecedentes adictivos, participación en un tratamiento anterior, trastornos psiquiátricos, delincuencia, relaciones familiares y trayectoria educacional y profesional (p. 74).*

El NIDA ha aceptado el reto de desarrollar métodos de evaluación basados en los resultados, efectuando un estudio de viabilidad bajo el título *Methadone Treatment Quality Assurance System* (MTQAS). Si este sistema fuera un método de medida fiable y válido permitiría evaluar el éxito de las intervenciones de un tratamiento en función de la disminución del consumo de heroína o de otras drogas, de la mejoría del estado de salud físico y mental, de la reducción de las actividades antisociales y de la mejoría del comportamiento social del paciente.

Se ha convertido en una evidencia para muchos responsables políticos, que los modelos de evaluación existentes basados en el proceso terapéutico preconizados por la FDA, el NIDA y otras autoridades del Estado no miden con eficacia la calidad o el éxito del tratamiento. En

efecto, un PMM puede perfectamente ajustarse a las exigencias de los análisis de orina y respetar las normas de evaluación y, al mismo tiempo, estar tratando a pacientes que siguen consumiendo activamente heroína u otros estupefacientes. Queda todavía por determinar si el modelo basado en los resultados, recientemente experimentado, puede reemplazar los criterios actuales basados en el proceso terapéutico o ser empleado juntamente con unos reglamentos federales más ponderados. Los años noventa estarán marcados por el control de los costes y por el aumento de la responsabilidad en la aplicación de los programas. Este nuevo modo de evaluación solamente podrá ejercer una influencia positiva sobre el sistema de tratamiento si está acompañado de un aumento de los fondos asignados, que permita responder a las crecientes necesidades de los pacientes en materia de atención médica básica y de salud pública. El concepto de «hacer más con menos» no es adecuado para tratar la adicción en la mayoría de los pacientes.

En tanto que objeto de estudio que permita validar tales instrumentos de medida, los PMM están siendo examinados de manera cada vez más minuciosa. Al respecto, los doctores Thomas & Aguiillaume observan que:

*La gran mayoría de las investigaciones relativas a la dependencia a la heroína y al tratamiento con metadona efectuadas en estos últimos veinte años trataban sobre los efectos biomédicos de la adicción y del mantenimiento, o sobre el impacto social y económico de las drogas y de las terapias... Han sido escasas las investigaciones orientadas hacia una propuesta de acciones. La mayoría de investigaciones no tienden específicamente a elaborar políticas de tratamiento de la adicción, ni a la adaptación o la modificación de las políticas existentes (1985, p. 741).*

La investigación sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona se orienta un poco más hacia la acción a partir del trabajo efectuado por los doctores John Ball & Thomas McLellan y sus respectivos colaboradores. Durante tres años, el Dr. Ball y sus colaboradores han llevado a cabo una investigación sobre el terreno, subvencionada por el NIDA, evaluando seis programas de mantenimiento con metadona en Baltimore, Filadelfia y Nueva York. Aunque los factores que motivaron estas investigaciones difieran de los del informe del GAO sobre el tratamiento con metadona, ciertas conclusiones significativas concuerdan. El informe del GAO indica que *no existe un «programa tipo» de tratamiento con metadona*. El Dr. Ball y sus colaboradores han llegado a la misma conclusión: *Hemos observado grandes diferencias en la eficacia de diversos programas: el consumo por vía intravenosa varía desde menos del 10 % hasta más del 57 % de los pacientes en programas de tratamiento específicos (1988)*. También añaden:

*Uno de los principales hallazgos es que algunos programas de tratamiento con metadona son mucho más eficaces que otros en lo que se refiere a la disminución del consumo de drogas por vía intravenosa y al compartir jeringuillas; estas diferencias en los resultados del tratamiento se relacionan con variables concretas relacionadas con los programas. Los más eficaces presentan una tasa elevada de retención de los pacientes, una tasa elevada de asistencia a las visitas programadas, una relación estrecha, regular y duradera entre el equipo asistencial y los pacientes, así como estabilidad, en el tiempo, en la composición del equipo. Al contrario, los centros menos eficaces se caracterizan por una baja asistencia a las visitas programadas, una dosificación inadecuada de metadona y una alta tasa de renovación del personal. Sin embargo, los centros eficaces no difieren de los centros ineficaces en lo que se refiere a las características de los pacientes (1988, p. 223).*

La importancia de estos resultados no puede ser subestimada si deseamos que el sistema asistencial esté en condiciones de ganar el difícil reto de tratar una enfermedad muy compleja. Los responsables políticos, a nivel federal y estatal, así como los equipos de atención deberían ponerse de acuerdo en la necesidad de destinar los fondos adecuados para garantizar unos buenos resultados terapéuticos. Los centros eficaces, según el estudio del Dr. Ball, estaban cuidadosamente gestionados, correctamente financiados y disponían de un equipo bien formado que aportaba un apoyo adecuado. Estos programas prescribían y administraban dosis terapéuticas de metadona y proponían servicios completos en el ámbito de los consejos y de la atención médica. El hallazgo más importante se basa en que los resultados favorables están en relación directa con la inversión en recursos destinados a un tratamiento global. La eficacia de un programa es proporcional a la estabilidad en el tiempo de su equipo, su dirección y su organización.

Los doctores McLellan, Arndt, Metzger, Woody & O'Brien (estudio en curso de impresión) han evaluado el impacto en los resultados de diferentes niveles de atención aportados en el tratamiento con metadona. Sus resultados confirman la eficacia de un planteamiento global para rehabilitar a los adictos crónicos a la heroína. El informe señala:

*Hay que subrayar que estos resultados concuerdan bastante con los de Hubbard, Joe & Simpson, Ball y otros... que muestran que los pacientes que obtienen los mejores resultados son aquellos que se han beneficiado del mayor número de prestaciones durante el tratamiento y que los programas de tratamiento que ofrecen más prestaciones a sus pacientes son los que registran los mejores resultados (p. 10).*



En este estudio, se han repartido de manera aleatoria los nuevos pacientes de un programa de mantenimiento con metadona de Filadelfia en tres grupos, que han sido evaluados de manera prospectiva, sobre un período de seis meses y con tres niveles de intervención:

- *Servicios mínimos*: Dosis cotidiana mínima de 60 mg, sin apoyo regular ni servicios suplementarios
- *Servicios medios*: Dosis cotidiana mínima de 60 mg, con apoyo regular, sin servicios suplementarios.
- *Servicios incrementados*: Dosis cotidiana mínima de 60 mg, con apoyo regular, cuidados médicos y psiquiátricos en el servicio, terapia familiar y ayuda a la búsqueda de empleo.

Tal como era de esperar, los mejores resultados han sido observados en los pacientes que han participado en el programa con servicios incrementados.

## CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y NECESIDAD DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN GLOBAL

Las características de los pacientes admitidos para un tratamiento de mantenimiento con metadona han cambiado enormemente desde la mitad de los años ochenta. En los inicios del tratamiento de mantenimiento, la mayoría de los adictos tomaba heroína como droga principal. Hoy en día, un número creciente de pacientes presenta, al entrar en tratamiento, múltiples dependencias; en particular del alcohol, de la cocaína y de los ansiolíticos. El capítulo 8 presenta una serie completa de directivas para el tratamiento del abuso múltiple de sustancias en el marco del tratamiento con metadona. En este capítulo se indica que *la intensidad del tratamiento debe basarse en las necesidades del paciente, que dependen de la magnitud del cambio que éste debe hacer para alcanzar y mantener la abstinencia de drogas*. Los programas deberían incrementar sus prestaciones como respuesta al abuso múltiple de sustancias, en lugar de dar prematuramente el alta al paciente sin que se pueda beneficiar de intervenciones más focalizadas.

Desde finales de los años sesenta y durante los años setenta, la hepatitis viral era la principal preocupación médica en el tratamiento de mantenimiento. En el transcurso de los últimos años, la tasa de morbilidad de los pacientes ha aumentado a medida que el número de casos de sida y de tuberculosis resistente aumentaba.

Actualmente, los pacientes presentan un mayor riesgo de contraer ETS, neumonía y una multitud de otras enfermedades debilitantes que requieren mayor atención médica en el mismo centro. Los programas de mantenimiento con metadona precisan más medios para poder preservar y proteger la salud pública. Así, los programas podrían tener que administrar cada vez más medicamentos antirretrovirales y antituberculosos en los lugares de dispensación de metadona.

La dotación en personal de los equipos de cada programa es, en general, inadecuada para responder a estas necesidades. Los programas de tratamiento deberían estar mejor dotados en personal, en particular en el aspecto médico y de apoyo. El autor aprueba la declaración del Dr. Vincent Dole expresada en el libro *Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America, 1923-1965*:

*El problema consistía en rehabilitar personas con una combinación extremadamente compleja de problemas sociales, además de un problema médico específico; hacía falta que los profesionales diseñaran sus programas adaptándolos a cada tipo de situación. La solidez de los primeros centros, tal como Marie Nyswander los había concebido, se encontraba en su sensibilidad hacia los problemas humanos de los individuos. La simpleza de pensar que solamente dando metadona se resolverá un problema tan complejo me parece incomprendible (1989, p. 338).*

Con la infección VIH los problemas psicosociales y médicos se han vuelto aún más complejos. Los responsables políticos deben fomentar la flexibilidad de los programas para que puedan responder a las exigencias específicas de los pacientes, sin perder de vista las conclusiones del Dr. Ball y otros investigadores.

El número de médicos, referentes individuales y terapeutas debería adaptarse a las necesidades específicas de la población de pacientes del programa de mantenimiento con metadona. El director del PMM debe establecer, en colaboración con el personal de su equipo de tratamiento, un perfil general de los pacientes, que debería ser actualizado anualmente y que ha de incluir los siguientes elementos:

- Número de casos de sida supuestos o conocidos.
- Número supuesto o conocido de pacientes seropositivos al VIH o infectados por tuberculosis o ETS.
- Tendencias en el consumo de alcohol, opiáceos, cocaína y otras formas de abuso de sustancias, incluyendo sus vías de administración.

- Número de personas que solicitan orientación profesional o laboral.
- Número de pacientes que necesitan atención médica especializada.
- Número de mujeres embarazadas.
- Lista completa de las enfermedades de todos los pacientes en tratamiento.

Una vez efectuada esta evaluación, el director podrá empezar a adaptar la combinación de profesionales a las características particulares de los pacientes y determinar el tipo de prestaciones que será posible ofrecer en función de los recursos financieros disponibles. Los miembros del equipo no deben sentirse como si fueran «vigilantes sobrecargados». En efecto, no se pueden obtener resultados positivos y duraderos si no es en un entorno terapéutico que disponga de un personal disponible y tolerante. Es prácticamente imposible ofrecer una atención de calidad para tratar una enfermedad compleja si el entorno del programa es caótico, su gestión deficiente y su personal está agobiado. En esta situación no se puede esperar alcanzar buenos resultados, tal como nos lo indican las investigaciones. La atribución de casos debería hacerse de forma que favorezca una mejor accesibilidad de los pacientes a los consejos en materia de VIH, así como al apoyo clínico intensivo para el tratamiento de los pacientes que consumen alcohol y drogas. La población actual de pacientes requiere servicios de atención específicos, ya sea en el centro o en sus alrededores. La importancia de estos servicios médicos de base se expone en el capítulo 10, «VIH y otras enfermedades infecciosas».

Hace falta también favorecer los encuentros entre grupos de autoayuda en los programas, adaptando las estructuras y los modelos de dichos grupos tal como se presenta en el capítulo 3, «Aspectos clínicos». En este capítulo, se indica que:

*«[...] la integración de los programas de autoayuda en el tratamiento de mantenimiento con metadona es uno de los progresos recientes más prometedores. Sin embargo, es esencial que los pacientes sean animados a participar en ellos, en lugar de obligados, ya que los programas son comparables al encuentro de dos culturas diferentes, que empiezan a conocerse y este proceso de acomodación no puede desarrollarse bajo presión».*

Es inevitable que el tratamiento de mantenimiento con metadona funcione en cooperación con los modelos de autoayuda, ya que los pacientes, en el marco de la progresión de su tratamiento, necesitan de lo que sus semejantes les puedan aportar. Progresivamente, el mantenimiento con metadona será cada vez más aceptado por los grupos ya recuperados.

## EFICACIA DEL TRATAMIENTO: MALENTENDIDOS DE LA POBLACIÓN Y PROPUESTA DE SOLUCIONES

La demostrada eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona se ha visto ensombrecida por cuatro problemas:

- El callejeo<sup>3</sup> de los pacientes.
- El desvío de la metadona hacia el mercado ilegal.
- La falta relativa de apoyo en favor de los programas.
- La falta de comprensión y de toma de conciencia por parte de la población.

### EL CALLEJEO DE LOS PACIENTES

El callejeo de los pacientes en las proximidades de los servicios es un problema esencial que la dirección y el personal de los centros deben tomar en serio. Los programas de mantenimiento sólo pueden perdurar si son lo más discretos posible para la comunidad, creando al mismo tiempo una red de contactos con el vecindario a través de relaciones públicas eficaces. Este punto se abordará en el capítulo 12:

*El proceso práctico y natural comporta una colaboración activa con la comunidad, y en particular con sus líderes, tanto a nivel político como a otros niveles. Esta estrategia permite que el PMM se establezca como miembro integrante de la comunidad y favorece la prevención y solución de los problemas que pudieran amenazar las relaciones del programa con ella.*

Para prevenir estos problemas, un centro debe disponer de reglas bien establecidas que sean parte integrante del tratamiento y que se mantengan gracias a una organización eficaz, estable y segura. Hace falta mencionar que, en ciertos casos, los problemas son consecuencia directa de un gran número de pacientes tratados en un mismo lugar o de la concentración de varios programas en un perímetro limitado. Desgraciadamente, este tipo de problemas suele ser ocasionado por un mínimo porcentaje de pacientes.

### DESVÍO DE LA METADONA

Aunque algunos pretendan que la venta ilegal de metadona está parcialmente ligada a la no disponibilidad de plazas de tratamiento, es

---

3. N. del T.: *loitering* en el texto original. Significa «perder el tiempo, gaudular, holgazanear». Se refiere a la deambulación, sin fines concretos, de los pacientes en los alrededores de los servicios.

necesario mencionar que, en general, los pacientes que venden las dosis de metadona para llevar, lo hacen a adictos que no necesitan, o que no desean, seguir un tratamiento de mantenimiento con metadona o que no cumplen los requisitos de admisión en vigor. Los programas de tratamiento deben tomar en serio el problema de la venta o del desvío de la metadona. Deberían elaborar y aplicar reglamentos claros al respecto y actuar adecuadamente cuando los pacientes de los programas no usan su medicación según la prescripción. Si los responsables del tratamiento no toman seriamente este problema y siguen dando dosis para llevar a pacientes inestables, o que siguen consumiendo estupefacientes, se corre el riesgo de ver a las autoridades imponer restricciones más severas que frenarán inevitablemente la progresión de los pacientes más responsables. La mayoría de los pacientes en programa de mantenimiento con metadona respetan las reglas estipuladas en lo que se refiere a las dosis para llevar y se ven perjudicados por los que se dedican a transacciones ilícitas. El capítulo 7 describe consejos prácticos sobre las dosis para llevar.

A pesar de que ha sido propuesto por ciertos responsables políticos, no se debería exigir que los pacientes acudan cada día al programa. En efecto, miles de ex-heroinómanos en proceso de curación deberían entonces renunciar a su tratamiento si se les negase el derecho a llevarse las dosis de metadona a pesar de los progresos alcanzados en el transcurso de su terapia. Sin embargo, hace falta subrayar que algunos pacientes pueden necesitar una estructura de dispensación cotidiana en el centro, porque no están en condiciones de asumir de manera responsable la gestión de su medicación a domicilio.

## FALTA RELATIVA DE APOYO EN FAVOR DE LOS PROGRAMAS

Un número significativo de PMM son incapaces de tratar a la totalidad de los adictos a la heroína que desean beneficiarse de este tratamiento. Aunque la metadona, en tanto que medicamento eficaz, es esencial para paliar los efectos debilitantes engendrados por años de dependencia no tratada, no representa más que uno de los eslabones aportados en el marco general del tratamiento. Si las autoridades desean que el tratamiento de mantenimiento con metadona esté más ampliamente disponible, hace falta que sean asignados los recursos financieros y los medios necesarios para el desarrollo de tales programas.

En la actualidad, y en lo que se refiere a la expansión del tratamiento de mantenimiento con metadona, los responsables políticos están divi-

didados entre dos tendencias. Tenemos, por un lado, un grupo convencido de que los programas de tratamiento deben: 1) adaptarse a los cambios en las características de los pacientes, 2) adaptar sus intervenciones en función de los pacientes y ofrecer más servicios globales en los centros de tratamiento, 3) aportar atención médica adecuada para tratar una morbilidad en aumento, 4) establecer protocolos adaptados a las enfermedades infecciosas, ya que la incidencia de la tuberculosis y de otras enfermedades infecciosas sigue en aumento en el seno de los adictos por vía intravenosa y 5) crear protocolos de vigilancia médica para el personal asistencial.

Por otra parte, tenemos otro grupo de responsables políticos que admiten estas realidades, pero que insisten en el hecho de que el Gobierno no dispone de medios financieros suficientes para garantizar una atención global y más particularmente en períodos de déficit presupuestario. Algunos responsables sugieren que una gestión más creativa de los limitados recursos permitiría realmente obtener mejores resultados con una población aún más enferma. Sin embargo, el estudio del Dr. McLellan y colaboradores, anteriormente citado, no apoya este punto de vista:

*Evidentemente, es de desear que la metadona sea más asequible a los consumidores de opiáceos por vía intravenosa sin tratamiento; por otra parte, admitimos que una dosis adecuada de metadona puede ocasionar una reducción del consumo de opiáceos en ausencia de servicios suplementarios. Sin embargo, los datos actuales revelan que una política sanitaria asociada a un aumento de la disponibilidad de metadona puede ser una respuesta médica necesaria, pero no suficiente, para hacer frente a los múltiples problemas que supone la dependencia a los opiáceos, los trastornos psiquiátricos, el sida y otras enfermedades infecciosas, que hacen de este grupo de individuos una preocupación enorme en el campo de la salud pública (estudio en curso de impresión).*

Los programas deben ganarse el apoyo de los políticos y de los líderes comunitarios para la creación de nuevos centros de tratamiento. La expansión del tratamiento con metadona no se puede hacer atestando los centros ya existentes con un mayor número de pacientes más enfermos, ni con una reducción de los servicios complementarios ofrecidos. Algunos responsables federales prevén un nuevo aumento del consumo de heroína; si esto se produjera, los Estados Unidos necesitarían un incremento de la oferta terapéutica, que a su vez debería ser precedida por una campaña de información pública cuidadosamente planificada.

## FALTA DE COMPRENSIÓN Y DE TOMA DE CONCIENCIA POR PARTE DE LA POBLACIÓN

Un velo de incomprensión y de misterio envuelve todavía el proceso del tratamiento de mantenimiento con metadona. Así, mucha gente cree que la metadona se administra por vía inyectable. Numerosos pacientes creen que la metadona «pudre los huesos» y provoca caries dental. Otros están convencidos de que las mujeres embarazadas tratadas con metadona están creando una próxima generación de individuos adictos, puesto que la metadona atraviesa la barrera placentaria. Sólo una información continuada permitirá destruir estos mitos.

Previamente a cualquier expansión significativa de los programas, es necesaria una campaña de relaciones públicas a nivel nacional para informar a los ciudadanos del valor del tratamiento de mantenimiento con metadona. El tratamiento debe describirse como una intervención concreta en la que el heroinómano es visto en términos humanos y es conducido en el proceso de la rehabilitación por profesionales experimentados apoyados por ex-consumidores que han alcanzado la abstinencia. Es necesario que las asociaciones de pacientes organicen y participen en esta campaña de información al público, tomando parte en emisiones radiofónicas y en otras manifestaciones mediáticas. Hace falta insistir en que el tratamiento de mantenimiento con metadona mejora la calidad de vida del paciente, de su familia y de la sociedad, reduciendo la delincuencia y favoreciendo un modo de vida productivo a nivel social. El tratamiento de mantenimiento con metadona permite reducir los gastos de la salud pública, limitar la propagación del sida y de otras enfermedades infecciosas y liberar al sistema jurídico para que pueda ocuparse de otro tipo de delitos.

Además, los PMM deben aprender a ganarse el respeto de la comunidad por medio de acciones de «buena vecindad», jornadas de puertas abiertas y conferencias de información. Los centros de tratamiento deben ser percibidos como valiosos recursos comunitarios y no como lugares de acogida para excluidos de nuestra sociedad. El personal del centro debe participar de un modo activo y regular en las reuniones que se hacen en el vecindario. Así, será mucho más difícil que los adversarios del tratamiento critiquen el programa. Unas instalaciones atractivas, además de favorecer el objetivo principal de atraer a los pacientes, pueden también facilitar buenas relaciones con la comunidad. El capítulo 12, «Integración de los PMM en la comunidad», incluye líneas directrices para integrar positivamente la intervención comunitaria.

ria. Solamente llegaremos a cambiar la opinión pública dando respuesta a las preocupaciones del vecindario.

## RESUMEN

Los años noventa serán determinantes para el tratamiento de mantenimiento con metadona y para el tratamiento y la prevención de la adicción en su conjunto. Los estamentos encargados de la elaboración y de la aplicación de los reglamentos serán más activos, tanto a nivel federal como a nivel de los Estados, y serán apoyados por una mayor vigilancia legislativa. Estamos entrando en una época de mayor responsabilidad, que requerirá la aplicación de análisis estandarizados de los resultados.

Los responsables del tratamiento deben determinar con las autoridades el tipo de sistema necesario para tratar de manera eficaz una enfermedad cada vez más compleja. Al respecto, las investigaciones sobre metadona representan una fuente de información extremadamente rica para establecer la combinación de servicios más eficaz. En el transcurso de los años, el tratamiento de mantenimiento con metadona ha resultado ser un medio rentable para retener a los dependientes crónicos de los opiáceos. El apoyo de las autoridades al mantenimiento con metadona estaba motivado por su rentabilidad en la disminución de la delincuencia asociada a la adicción y en la mejoría del bienestar de los pacientes. Los servicios de tratamiento global seguirán siendo una buena inversión, ya que permiten reducir el número de casos de heroinómanos no tratados, el de heroinómanos condenados a penas de cárcel por delitos ligados a su dependencia y, por último, los gastos considerables producidos por el tratamiento del sida.

Los autores que han participado a la redacción de este manual han puesto en evidencia el hecho de que estamos respondiendo colectivamente a diferentes niveles de demanda. El personal asistencial necesita una formación más profunda para hacer frente a problemas tales como graves enfermedades o la muerte. En cuanto a los responsables de los tratamientos de mantenimiento con metadona, se encontrarán bajo una presión creciente para que ofrezcan una gama más amplia de servicios. Los grupos de apoyo compuestos por adictos en proceso de curación serán integrados en el dispositivo terapéutico. La gama de los cuidados médicos disponibles en el centro mismo aumentará a medida que los programas establezcan mejores relaciones con la comunidad médica en materia de atención sanitaria básica. Ya que, por una parte, valoraremos el éxito del tratamiento según unas normas de evaluación



de los resultados, y que, por otra, las primas de las compañías de seguros de responsabilidad civil serán proporcionales al rendimiento de las intervenciones, es evidente que la orientación profesional y la ayuda al empleo jugarán un papel esencial en el marco del tratamiento. Para hacer frente a esta trágica realidad que es la transmisión de hábitos de consumo abusivo de sustancias de una generación a otra, un número cada vez mayor de programas pondrán en marcha cursillos de aptitudes parentales o bien en el centro mismo o bien a través de otro programa. Numerosos pacientes deben romper con sus hábitos, transmitidos por sus propios padres, si quieren evitar que los perjuicios ocasionados vayan a más.

La expresión «hacer más con menos» debe ser totalmente eliminada del vocabulario de las autoridades y de las fuentes de financiación, si deseamos realmente elaborar un sistema asistencial que sea a la vez flexible y centrado en el paciente. Los recursos disponibles podrán ser utilizados de manera más eficaz a medida que nuevas investigaciones, motivadas por razones políticas, indiquen cómo elegir la mejor combinación de personal para atender a los pacientes en las diferentes fases de su tratamiento. El coste anual de tales servicios debería ser objeto de una estimación previa realista y veraz, con la participación directa de los responsables del tratamiento.

Sólo un espíritu de respeto mutuo entre autoridades, responsables del tratamiento de mantenimiento con metadona, y pacientes permitirá hacer frente a los problemas de esta década y resolverlos. Para los pacientes, el éxito depende de un entorno terapéutico que ofrezca la atención necesaria y que disponga de un equipo competente, apoyado activa e ideológicamente por su dirección. Esta última debe, a su vez, ser apoyada por iniciativas políticas coherentes, tanto a nivel federal como a nivel del Estado. De ahora en adelante, es necesario reforzar y mejorar el sistema de tratamiento de mantenimiento con metadona, a fin de que sea posible tratar más eficazmente a individuos en peor estado de salud.

## RECOMENDACIONES

- Ofrecer *in situ* una gama amplia de servicios médicos y terapéuticos para responder a las necesidades inmediatas de la actual población de pacientes y desarrollar una red eficaz de servicios complementarios de referencia.
- Planificar el número de casos atribuidos para atención médica, seguimiento y apoyo en función de las necesidades específicas de los pacientes del programa.

- Configurar la atención de manera que se favorezca el acceso a la información y consejos sobre el VIH y un apoyo clínico intensivo a aquellos pacientes que presentan un consumo activo de alcohol y/o drogas.
- Fomentar grupos de apoyo y de ayuda mutua entre los pacientes dentro de los programas de mantenimiento con metadona.
- Tomar en serio el callejeo de los pacientes; prevenirlo a través de protocolos bien establecidos, integrados en el proceso terapéutico y mantenidos a través de medidas de seguridad complementarias estables y bien gestionadas.
- Educar a la comunidad sobre la importancia del tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Realizar proyectos de «buena vecindad», como visitas de puertas abiertas a los servicios, o sesiones de información, con el objetivo de implicar más eficazmente a la comunidad.
- Tratar de utilizar los recursos más eficazmente; esta meta se logrará a medida que avancen las investigaciones basadas en decisiones políticas que indiquen cómo combinar el personal más adecuadamente para tratar a los pacientes durante las diferentes fases de su tratamiento.
- Desarrollar diferentes modelos de atención que respondan a las necesidades de cada paciente durante las distintas fases del tratamiento de mantenimiento con metadona: los pacientes recientemente admitidos requerirán un fácil acceso a una amplia gama de servicios, mientras que los estabilizados con éxito durante varios años pueden necesitar servicios menos intensivos.

## BIBLIOGRAFÍA

BALL, J.C.; LANGE, R.W.; MYERS, C.P. and FRIEDMAN, S.R. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior* 29: 214-226, 1988.

DOLE, V.P. Addictive behavior. *Scientific American* December: 138-417, 1980.

DOLE, V.P. Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association* 260: 3.025-3.029, 1988.

DOLE, V.P. Methadone maintenance. In: COURTWRIGHT, D.; JOSEPH, H. and DES JARLAIS, D. *Addicts Who Survived: An Oral History of Nar-*

*cotic Use in America, 1923-1965*. Knoxville: University of Tennessee Press, 1989, pp. 331-343.

DOLE, V.P.; DES JARLAIS, D.J. and JOSEPH, H. «Costs and Benefits of Treating Chronic Users of Heroin with Methadone Maintenance.» Unpublished report, The Rockefeller University and the New York State Division of Substance Abuse Services, 1981.

DOLE, V.P. and JOSEPH, H. Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Annals of the New York Academy of Sciences* 311: 181-189, 1978.

DOLE, V.P.; NYSWANDER, M. and KREEK, M.J. Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine* 118: 304-309, 1966.

GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Methadone Maintenance - Some Treatment Programs Are Not Effective; Greater Federal Oversight Needed*. GAO/HRD-90-104, Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1990.

KREEK, M.J. Health consequences associated with the use of methadone. In: COOPER, J.R.; ALTMAN, F.; BROWN, B.S. and CZECHOWICZ, D., eds. *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 83-1201. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1983.

McLELLAN, A.T.; ARNDT, I.O.; METZGER, D.S.; WOODY, G.E. and O'BRIEN, C.P. Are psychosocial services necessary in substance abuse treatment? *Journal of the American Medical Association*, en cours d'impression.

THOMAS, R.I. and AGUILLAUME, C.J. The role of research when a biomedical issue is politicized: The regulation of methadone maintenance programs. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 52: 740-741, 1985.

WHITE HOUSE CONFERENCE FOR A DRUG FREE AMERICA. Final Report, 1988.



## PERSPECTIVAS HISTÓRICAS Y CUESTIONES DE SALUD PÚBLICA

HERMAN JOSEPH;  
PHIL APPEL, PH. D.

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento de mantenimiento con metadona para abordar la adicción a la heroína y a otros opiáceos se desarrolló a mitad de los años sesenta y se ha convertido en el método terapéutico en drogodependencias más ampliamente utilizado en los Estados Unidos. Concebido inicialmente como un medio para combatir la dependencia a la heroína, ha tomado un nuevo cometido en el campo de la salud pública: contribuir a frenar la propagación del VIH en el seno de la población de los dependientes de los opiáceos inyectables.

La metadona fue sintetizada en Alemania durante la segunda guerra mundial y se utilizó como analgésico alternativo a la morfina. Tras la guerra, en 1946, fue evaluada por primera vez en los Estados Unidos en el hospital de *Lexington, Kentucky*. Se descubrió entonces que era similar a la morfina en cuanto a sus efectos, pero que su duración de acción era probablemente más amplia. Las investigaciones clínicas demostraron que el síndrome de abstinencia a los opiáceos podía ser eficazmente tratado con metadona, sustituyendo a la morfina y disminuyendo la dosificación a lo largo de 7 a 10 días.

Antes de 1964, año en que se desarrolló el tratamiento de mantenimiento, la metadona servía esencialmente para la desintoxicación de los heroinómanos. Pero en esta reducida utilización se aprovechaba sólo parcialmente el potencial de la metadona.

El tratamiento de mantenimiento con metadona, tras un período inicial de inducción o estabilización —y en colaboración con servicios médicos de rehabilitación y de apoyo— permite su utilización cotidiana a una dosis terapéutica fija. Correctamente aplicado y seguido, permite que los adictos con problemas relacionados con el consumo consigan

una importante mejoría. Pacientes de centros de tratamiento de todo el mundo han podido, de esta manera, reanudar una vida productiva. Numerosos son los que han podido seguir sus estudios, completar su formación y encontrar un empleo, iniciando o continuando una carrera profesional, mejorando su estado físico y psíquico y restableciendo las relaciones familiares.

Sin embargo, esta terapéutica es aún criticada por algunos responsables clínicos o asistenciales, dirigentes políticos, altos funcionarios y la opinión pública, a pesar de que la seguridad en su uso y su eficacia están probadas por más de dos décadas de investigación y evaluación internacional.

Resulta de notable interés la consideración histórica de la dependencia de los opiáceos en los Estados Unidos, así como las actitudes contradictorias que suscitó el tratamiento con opiáceos antes de que se implantara el mantenimiento con metadona. Estas actitudes siguen influenciando las políticas relativas al tratamiento con esta sustancia, a pesar de la evidencia científica de su eficacia y seguridad. Este capítulo presenta temas controvertidos como la seguridad en la utilización médica de la metadona, su papel en el tratamiento de la dependencia de los opiáceos en las mujeres embarazadas y su eficacia frente a la propagación del VIH.

## PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

La dependencia de los opiáceos en Estados Unidos ha sido determinada, en el siglo pasado, por factores históricos, políticos y sociales. Incidió en grupos distintos, en momentos diferentes, por lo que se ha sugerido que la dependencia de los estupefacientes es debida a su disponibilidad y a una disposición biológica individual y no a las características sociales o rasgos de personalidad. Aunque sea factible que diversas características sociales o rasgos de personalidad puedan influir en la forma en que se expresa una dependencia, los antecedentes históricos se oponen a la idea de que tales características sean la causa de la drogodependencia.

Como ejemplo señalemos que, a finales del siglo XIX, cerca de dos tercios de las personas dependientes de los opiáceos (sulfato de morfina y laudanum) eran mujeres mayores, de raza blanca, de clase socio-económica media y alta. Los narcóticos eran frecuentemente prescritos para aliviar los casos de estrés y de malestar agudo o crónico, provocando así una adicción yatrogénica. En 1900 se estimaba que había en los Estados Unidos cerca de 300.000 personas dependientes de los opiáceos. Mary Tyrone, madre del autor dramático Eugene O'Neill,

retratada en la obra autobiográfica *Long Day's Journey Into Night*, representa el prototipo de la mujer adicta de raza blanca por yatrogenia. Ya en las postrimerías del siglo pasado, los ex-combatientes inválidos y heridos de la guerra civil americana constituían otro grupo médicamente dependiente de los estupefacientes (Courtwright 1982; Courtwright *et al.* 1989)

Estas dependencias yatrogénicas eran percibidas como una lamentable situación que había que aceptar con tolerancia y comprensión. Ninguno de estos grupos presentaba grandes problemas sociales. Sus médicos les prescribían los narcóticos y se crearon sanatorios donde se trataba la dependencia de los opiáceos así generada por medio de «curas» cuestionables. La naturaleza crónica de esta dependencia era, sin embargo, evidente, ya que un buen número de pacientes recaían después de haber dejado los sanatorios. En la obra de teatro antes citada, el padre de Eugene O'Neill era conocedor de las características de la dependencia a la morfina, así como de la alta tasa de recaídas; es, en parte, por este motivo, que rechazó mandar a su mujer a un sanatorio.

Los antiguos combatientes y las mujeres mayores de raza blanca adictas fallecieron a fines del siglo pasado y los médicos prescribían estupefacientes a sus pacientes con más prudencia. De esta forma, la prevalencia y frecuencia de los casos de adicción disminuyeron en estos dos grupos.

En esa época, la llegada de oleadas de inmigrantes europeos cambió la composición de la población de adictos. Jóvenes indigentes agrupados en barracones y guetos eran sujetos abocados a la adicción. El consumo de opio, cocaína y heroína, así como la criminalidad asociada a la droga, llegaron a ser una fuente de preocupación para los líderes sociales, religiosos y políticos de las comunidades urbanas pobres.

La población dependiente de opiáceos sufrió una nueva mutación en el transcurso de las décadas siguientes a la segunda guerra mundial. Tuvo lugar entonces una migración masiva de afroamericanos provenientes de regiones rurales y urbanas del sur de los Estados Unidos, hispanos de Puerto Rico, Caribe y América Central y Latina, hacia las ciudades del norte y del oeste. A medida que los inmigrantes europeos provocaban una superpoblación de las ciudades, los hispanos y afroamericanos se instalaban en los barracones desocupados, situados en zonas con problemas de adicción y tráfico de drogas. Estos barrios vieron, pues, como adictos afroamericanos e hispanos remplazaban a los adictos de origen europeo (Courtwright 1982; Courtwright *et al.* 1989).

La actitud hacia los toxicómanos cambió: la compasión y el apoyo que se brindaba a los casos yatrogénicos —mujeres mayores de raza blanca y antiguos combatientes mutilados— dio paso a la discriminación y estigmatización de los blancos pobres, chinos, afroamericanos e hispanos adictos de los guetos urbanos. La estigmatización de los drogodependientes y de su abuso de drogas reflejaba de hecho un prejuicio étnico y social en el seno de la comunidad de índole cultural, que se extendió a la metadona cuando hizo su aparición como un medicamento de mantenimiento en los años sesenta.

Estas actitudes son la consecuencia de más de ochenta años de legislación federal y de reglamentación local restrictiva, empezando por la adopción, en 1914, de la *Harrison Narcotic Act* (Courtwright *et al.* 1989). Esta acta fue adoptada por el Congreso para que los Estados Unidos pudieran tomar parte en la lucha contra el comercio del opio en China y en el sudeste asiático, en virtud del acuerdo internacional de la Convención de La Haya de 1912. Aunque los intereses mercantiles y comerciales de los Estados Unidos estaban también en juego, la transformación de los adictos americanos en una subclase de criminales blancos y una minoría china se utilizó durante las primeras décadas de este siglo como argumento para promulgar esta ley (Brecher 1972; Courtwright 1982; Courtwright *et al.* 1989).

En un principio, la *Harrison Act* no fue concebida como una ley de prohibición, sino como una medida destinada a reglamentar la fabricación, distribución y prescripción de opiáceos, coca y sus derivados. Así, fabricantes, farmacéuticos y médicos se vieron obligados a contar con una autorización, llevar registros de inspección y pagar una cantidad modesta al *Internal Revenue Bureau of The Treasury Department*. Sin embargo, la ley no consideraba directamente el problema de los médicos que prescribían estupefacientes para mantener a los adictos, hasta que en el año 1919 una enmienda autorizó a los médicos a prescribir estupefacientes «con objetivos médicos legítimos», y «únicamente en el marco de su práctica profesional», sin que se definieran claramente estas dos condiciones. Ahora bien, la *Treasury Department's Narcotics Division* declaró que la adicción no era una enfermedad y que los adictos no eran pacientes legítimos. Resultó de esta interpretación de la ley que los médicos que prescribían estupefacientes para mantenimiento no estaban dentro del marco de su práctica profesional. De este modo, el *Treasury Department* adoptó una actitud antimantenimiento que ocasionó el hostigamiento y encarcelación de los médicos que seguían recetando opiáceos para tratar la

dependencia (Brecher 1972; Courtwright 1982; Courtwright *et al.* 1989; Gewirtz 1969).

Antes de la adopción de la *Harrison Act*, se habían abierto en Florida (en 1912) y en Tennessee (en 1913) clínicas de dispensación de opiáceos. Después de los decretos antimantenimiento dictados por la Corte Suprema en 1919<sup>1</sup>, 13 municipios que contaban con una importante población de adictos abrieron 44 centros de atención en los cuales se prescribía o dispensaba morfina a los drogodependientes. Algunas clínicas prescribían heroína y cocaína (Courtwright *et al.* 1989).

Estas clínicas tenían funciones diferentes. Algunas de ellas tenían programas de desintoxicación mientras que otras aplicaban una política de mantenimiento (Brecher 1972; Cooper 1988; Courtwright 1982; Courtwright *et al.* 1989; Gewirtz 1969). Sin embargo, el mantenimiento con morfina no constituía un procedimiento eficaz a causa de su corta duración de acción (de 4 a 6 horas), al efecto de tolerancia que requería un aumento periódico de dosis y a la frecuencia y los trastornos narcóticos incapacitantes como la somnolencia (Courtwright *et al.* 1989; Joseph & Dole 1970). Durante el período de 1912 a 1924, los estupefacientes de larga duración, tipo metadona, aún no habían sido sintetizados o conceptualizados, de modo que los médicos sólo disponían de otras drogas para combatir este grave problema de salud.

La clínica del *Department of Health* de la ciudad de Nueva York, donde se desintoxicaba a los adictos con dosis decrecientes de heroína y de morfina y la clínica del Dr. Willis Butler situada en Shreveport, Louisiana, eran probablemente los establecimientos más famosos en aquella época. El Dr. Butler no sólo desintoxicaba a sus pacientes, sino que también mantenía con morfina a numerosos ciudadanos adictos, incluyendo entre ellos a la anciana madre inválida del *sheriff* local. El representante del orden público se opuso a la existencia de esta clínica que recetaba opiáceos hasta que se dio cuenta de que su propia madre era atendida en ella. Este ejemplo ilustra un punto importante: comprender quiénes son los adictos influye en la actitud hacia la adicción (Courtwright *et al.* 1989).

Los centros de atención diferían también en la gestión. Algunos de ellos estaban bien dirigidos y contaban con historias clínicas precisas, en

---

1. La posición anti-mantenimiento del *Treasury Department* había sido defendida en el transcurso de dos casos llevados ante la Corte Suprema en 1919: Webb *et al.* contra Estados Unidos y Estados Unidos contra *Doremus*. Dos juicios posteriores rechazaron el veredicto Webb (Linder contra Estados Unidos [1925] y Boyd contra Estados Unidos [1926]); sin embargo, la *Narcotics Division* de la *Prohibition Unit del treasury Department* escogió adoptar la posición anti-mantenimiento expuesta en los veredictos *Doremus* y Webb.



tanto que otros actuaban de manera menos rigurosa. Unos funcionaban con ánimo de lucro, mientras que otros formaban parte del sistema sanitario. Para el *Treasury Department*, estos establecimientos eran una amenaza para la filosofía antimantenimiento, sin considerar para nada su función de clínica, su acreditación administrativa o su eficacia. Se desarrolló una campaña de presiones legales, inspecciones y amenazas con la intención de cerrar estos centros. El *Treasury Department* consiguió sus propósitos en 1923 y la clínica del Dr. Butler, en Shreveport, fue la última en cerrar (Courtwright 1982; Courtwright *et al.* 1989).

La desaparición de las clínicas de tratamiento con opiáceos significó también el fin del tratamiento de la adicción, debido a la ausencia de cualquier otro programa gubernamental. Tras ello, se registró en todo el país una recrudescencia de la criminalidad asociada a la adquisición de narcóticos. En 1929, el Congreso desbloqueó fondos para la creación de un centro de tratamiento. De esta manera, el *U.S. Public Health Service* del Hospital de Lexington en Kentucky acogió en 1936 a sus primeros pacientes. Esta institución desintoxicaba adictos voluntarios y servía también de hospital penitenciario para quienes habían sido condenados por la justicia. La estancia prescrita en esta institución era generalmente de 6 meses, pero algunos pacientes se quedaban más tiempo. Aunque el centro ofrecía servicios sociales, médicos y psiquiátricos, además de la desintoxicación, y que la proporción personal/pacientes era muy alta (1/2), su atmósfera recordaba la de una cárcel. Dos importantes estudios de seguimiento revelaron el fracaso de este programa. El primero indicó una tasa de recaída del 93 %, sobre un total de 1.912 pacientes observados durante un período entre 1 y 4,5 años. Un segundo estudio indicó una tasa de recaída del 97 %, sobre un total de 453 pacientes, en un espacio de tiempo comprendido entre 6 meses y 5 años. Debido a estas altas tasas de recaída y a la creación subsecuente de comunidades terapéuticas, estas instalaciones hospitalarias fueron finalmente cedidas al *Bureau of Prisons* en 1974 (Brecher 1972; Courtwright *et al.* 1989).

El aumento de la adicción a la heroína en Nueva York después de la segunda guerra mundial llevó a la creación del *Riverside Hospital* para adolescentes adictos. Este hospital, situado en *North Brothers Island, East River*, disponía de 141 camas y de un equipo de 51 profesionales. El estudio de seguimiento efectuado por el Dr. Harold Alksne en 1956 indicaba que de los 247 pacientes ingresados en 1955, el 86 % recayó, el 11 % falleció y solamente el 3 % (8 pacientes) se mantenía abstinente. Tras un estudio más profundo, se llegó a saber que los 8 pacientes

abstinentes nunca habían sido adictos, pero que habían sido arrestados por motivos relacionados con estupefacientes y habían preferido ser hospitalizados en lugar de ir a la cárcel. Este establecimiento cerró en 1961 por decisión del Dr. Ray Trussel, entonces comisario del *New York City Department of Hospitals* (Brecher 1972).

La interpretación estrecha y punitiva de la *Harrison Act* por la *Federal Narcotics Division* engendró una era de reglamentaciones restrictivas en materia de estupefacientes. El hostigamiento, las detenciones y las condenas de médicos que habían prescrito narcóticos como tratamiento de mantenimiento eran lo suficientemente frecuentes como para servir de aviso para la profesión médica. Los adictos se vieron obligados a comprar drogas en el mercado negro, sufriendo consecuentemente la violencia callejera, detenciones, condenas y encarcelamientos, a la vez que aumentaba para ellos el riesgo de contraer enfermedades por uso de jeringuillas no estériles (Brecher 1972). A partir de 1970, el Congreso adoptó cincuenta y cinco leyes contra los estupefacientes, mientras que los Estados, por su parte, completaron las leyes federales dictaminando cientos de reglamentaciones locales.

En el transcurso de los años cincuenta, en las ciudades americanas, la tendencia se confirmó aún más. El número de heroinómanos aumentaba, así como la criminalidad consecuente a la adicción. A partir de los años ochenta, el número estimado de consumidores de estupefacientes alcanzaba los 500.000, procedentes principalmente de ciudades y minorías constituidas por jóvenes de ambos sexos, de clase baja. Aunque esta cifra representaba un aumento del 66 % en relación a la cifra de toxicómanos a finales del siglo XIX, la proporción de toxicómanos era muy inferior, ya que la población se había duplicado (Courtwright *et al.* 1989). A partir de los años sesenta, la población de adictos había pasado de los ex-combatientes mutilados y mujeres mayores de raza blanca, de clase media y alta, a una población pobre, no blanca, que vivía en los guetos de las grandes ciudades del país. La adicción ya no era solamente un problema médico de gran magnitud sino que constituía también un problema social explosivo (Courtwright 1982; Courtwright *et al.* 1989).

Con el fin de calmar los temores engendrados por la criminalidad asociada a la adicción, se instauró el *civil commitment* (obligación legal de tratamiento) en California y en el Estado de Nueva York. De esta manera, los adictos condenados por delitos menores podían escoger entre ser ingresados en un centro o cumplir una condena de cárcel de tres años, sometiéndose a un procedimiento voluntario que incluía un reconocimiento médico destinado a confirmar la dependencia. El programa

de obligación legal de tratamiento lanzado en 1966 en Nueva York se mostró excesivamente caro. En efecto, tratar a 5.800 adictos costaba aproximadamente 150 millones de dólares por año, con resultados no muy buenos (Brecher 1972). Además, tras el internamiento en una institución estatal, la mayoría de los adictos no se presentaba a los servicios de seguimiento posterior, lo que implicaba su liberación condicional, y por ello no podían ser localizados. Un estudio sobre esta experiencia de obligación legal de tratamiento en California reveló que 5/6 de los adictos internados y posteriormente dirigidos hacia un seguimiento ambulatorio durante los años sesenta recayeron, fueron detenidos de nuevo, se fugaron, fallecieron o fueron excluidos del programa por una decisión de *habeas corpus* (Brecher 1972; Inciardi 1988; Joseph 1988; Joseph & Dole 1970; Maddux 1988).

Médicos y juristas americanos se sintieron desorientados por el aumento de la heroínomanía observada después de la segunda guerra mundial, así como por las graves consecuencias sociales, médicas e individuales que conllevó la política americana en la materia. En 1956, fue creada una Comisión Mixta que reunió la *American Bar Association* y la *American Medical Association* para el estudio del problema. Esta comisión publicó, en 1958, un estudio en el que se recomendaba la creación, a título experimental, de un centro ambulatorio que prescribiera estupefacientes (Brecher 1972).

Otros prestigiosos grupos manifestaron su apoyo al concepto de clínica de mantenimiento con opiáceos. Así, la *New York Academy of Medicine* recomendó, por primera vez en 1955 y de nuevo en 1963, la creación de clínicas afiliadas a centros hospitalarios para la distribución de estupefacientes a los adictos. En 1956, la *American Medical Association* defendió un proyecto de investigación sobre la validez de dispensación de narcóticos desde un establecimiento clínico. En 1963, la *Advisory Commission on Narcotic and Drug Abuse* del presidente Kennedy propuso también que se estudiara la eficacia de la dispensación de estupefacientes a toxicómanos, en servicios de tratamiento ambulatorio (Brecher 1972). Así, tras muchos años de legislación y política represiva, el tratamiento de mantenimiento de los drogodependientes recibía un apoyo creciente, principalmente porque no existía ninguna alternativa eficaz basada en la abstinencia que permitiera tratar a los numerosos afectados.

## ORIGEN DEL MANTENIMIENTO CON METADONA

La postura tomada por los profesionales de la salud y del derecho, pidiendo que se reconsiderase la política americana en materia de tra-

tamiento de la adicción, creó un clima más propicio para revisar la posición antimantenimiento de la *Narcotic Division*. Hacia la segunda parte de los años sesenta, la mortalidad relacionada con la heroína representaba la primera causa de muerte entre los jóvenes adultos de 15 a 35 años de la ciudad de Nueva York. Los casos de hepatitis por inyección de opiáceos con jeringuillas contaminadas aumentaron. El número de adictos detenidos por delitos relacionados con la droga (posesión, venta, atraco o robo) aumentaba, mientras que las superpobladas prisiones no podían ofrecer la atención médica necesaria para la desintoxicación (Inciardi 1988; Joseph & Dole 1970). En 1968, la cárcel para hombres del condado de *Manhattan* (conocida bajo el nombre de *The Tombs*) fue devastada en el curso de un motín ocasionado por las condiciones de detención deplorables, la excesiva población de reclusos y la carencia de cuidados médicos para los adictos detenidos.

En 1962, el Dr. Lewis Thomas confió la presidencia del *Narcotics Committee of The Health Research Council of New York City* al Dr. Vincent P. Dole, especialista en enfermedades metabólicas de la Universidad Rockefeller. Tras haber examinado las implicaciones científicas, sanitarias y sociales de la adicción en la ciudad de Nueva York, el *Health Research Council* otorgó fondos al Dr. Dole para crear una unidad de investigación encargada de estudiar la viabilidad de un tratamiento de mantenimiento con opiáceos. Preparando su investigación en la Universidad Rockefeller, el Dr. Dole leyó *The Heroin Addict as a Patient*, documento redactado por la Dra. Marie E. Nyswander, psiquiatra con amplia experiencia en el tratamiento de adictos. Había trabajado en el *U.S. Public Health Service Hospital* de Lexington, Kentucky, tratado adictos en el ejercicio privado de la psiquiatría y creado una unidad de tratamiento de drogodependientes en East Harlem. Era además la psiquiatra de la *Musicians Clinic*, un programa que trataba músicos toxicómanos. La Dra. Nyswander estaba convencida de que los adictos podían ser tratados como pacientes en el marco general de la medicina. Estimaba, sin embargo, que muchos de ellos debían ser mantenidos con estupefacientes para poder vivir normalmente, ya que a pesar de las curas de desintoxicación, hospitalizaciones y psicoterapia, la mayoría recaían (Brecher 1972; Courtwright *et al.* 1989). En 1964, la Dra. Nyswander se incorporó al equipo de investigación del Dr. Dole. Una joven investigadora clínica, la Dra. Mary Jeanne Kreek, que acababa su formación en medicina interna y neuroendocrinología en el *New York Hospital Cornell Medical Center*, se incorporó también al equipo.

Inicialmente realizaron tratamientos de mantenimiento con pequeñas dosis de morfina a dos pacientes que habían consumido estupefacien-

tes desde ocho años antes y que presentaban un extenso historial criminal a causa de su adicción. Ambos habían sido tratados y desintoxicados varias veces, recayendo repetidamente. En relación a la vida media de la morfina de entre 4 y 6 horas, los pacientes necesitaban cuatro inyecciones al día. Seguían preocupados por la droga y sufrían apatía y sedación a causa de los efectos narcóticos de la morfina. A medida que su tolerancia a la morfina aumentaba, era necesario aumentar la dosis y la frecuencia de administración.

Los investigadores comprendieron entonces que la morfina, que se asemeja a la heroína, no era un buen medicamento para el mantenimiento, ya que el funcionamiento social del paciente estaba alterado por el propio estupefaciente. Otros productos de corta duración como la heroína, codeína, oxicodona y meperidina dieron resultados similares (Dole 1980, 1988; Dole *et al.* 1966).

Tras descartar, pues, los estupefacientes de corta duración, la investigación se orientó hacia otras posibles drogas de mantenimiento. La metadona aparecía como una sustancia eficaz por vía oral y con larga duración de acción. Basándose en estas observaciones, había sido utilizada en la abstinencia de heroína y como analgésico en el marco del tratamiento experimental del dolor (Dole 1980, 1988; Joseph & Dole 1970; Kreek 1973). En 1964, sin embargo, no se disponía aún de la tecnología adecuada para medir la concentración sanguínea de heroína, morfina o metadona y evaluar su duración de acción. La prueba de la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona dependía de la observación clínica hecha por investigadores perspicaces.

La metadona fue administrada a pacientes que habían sido mantenidos con morfina. Una vez establecida la tolerancia a dosis de 80-120 mg/día, se constató que los pacientes podían funcionar normalmente, sin sufrir la ansiedad que acompaña al síndrome de abstinencia. Durante la fase de investigación sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona, se registraron seis descubrimientos importantes que confirmaban que un programa de mantenimiento permitía que adictos intratables funcionaran normalmente, con una vida socialmente aceptable (Dole 1980, 1988; Kreek 1973):

- Los pacientes no sentían efectos euforizantes, sedativos o analgésicos. Sus afectos y su estado de conciencia eran normales. En consecuencia, sin presentar los efectos invalidantes producidos por los estupefacientes de corta acción, como la heroína o la morfina, eran capa-

ces de tener actividades sociales y de trabajar (Dole 1980, 1988; Dole *et al.* 1966; Kreek 1973).

- Una dosis de metadona comprendida entre 80 y 120 mg/día elevaba la tolerancia a los efectos narcóticos de todos los opiáceos ( morfina, heroína, demerol, opio) a un nivel suficientemente alto para bloquear sus efectos euforizantes y tranquilizantes si el paciente los consumía.
- Los niveles de tolerancia no variaban con el tiempo; se podía, pues, mantener una dosis constante de manera indefinida (más de 20 años). (Dole 1980, 1988; Kreek 1973).
- La metadona era eficaz por vía oral y, en relación a su vida media de 24-36 horas, una sola toma al día era suficiente sin necesidad de recurrir a la vía endovenosa. (Dole 1980, 1988; Dole *et al.* 1966; Kreek 1973).
- Un hallazgo importante: la metadona eliminaba el síndrome de abstinencia y el deseo de consumir que los adictos describían como uno de los principales factores de recaída en el uso ilegal de la heroína (Dole 1980, 1988; Dole *et al.* 1966; Kreek 1973).
- Por último, la investigación demostraba que la metadona permitía una utilización terapéutica segura y no tóxica (Kreek 1973, 1978). Como la mayoría de los opiáceos, la metadona podía causar efectos secundarios mínimos, a menudo al principio del tratamiento; principalmente estreñimiento, transpiración abundante y disminución de la libido. La transpiración era el efecto más duradero. El estreñimiento abordado con un régimen alimenticio o un coloide hidrofílico generalmente desaparecía. La libido volvía a la normalidad en la mayoría de los pacientes en el transcurso de los primeros meses de tratamiento; en caso contrario, se remediaba el problema, ajustando la dosis. Se destacaba, asimismo, que los trastornos sexuales, como la disminución de la libido, se asociaban también con alcoholismo, abuso múltiple de sustancias o envejecimiento. Las mujeres que sufrían de amenorrea cuando eran dependientes a la heroína, volvían habitualmente a tener reglas normales en el transcurso del tratamiento.

## EXPANSIÓN DEL MANTENIMIENTO CON METADONA: DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA

En 1965, bajo la dirección del Dr. Ray Trussell, responsable del *New York City Department of Hospitals*, el proyecto inicial de investigación sobre la seguridad y la eficacia de la metadona fue extendido y transferido al *Manhattan General Hospital* de Nueva York, que ya contaba

con un programa de desintoxicación. Se creó, en la *Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine*, una unidad imparcial dirigida por el Dr. Frances Rowe Gearing, encargada de evaluar la expansión y la progresión del tratamiento de mantenimiento con metadona. Los trabajos del equipo de la Universidad de Columbia fueron examinados por una comisión independiente, compuesta por médicos y científicos, presidida por el Dr. Henry Brill. Esta comisión dictaminó que había que continuar con la evaluación, la investigación y la expansión del programa (Joseph & Dole 1970).

Gearing observó, de manera general, un más adecuado funcionamiento social de los pacientes en el curso del tratamiento, disminución o eventual abandono del consumo de heroína y mejoría de la situación laboral, frecuentación escolar y de la vida familiar. La mayoría de los pacientes se estabilizaban con 80-120 mg/día de metadona, exceptuando los intentos de muchos de los nuevos pacientes de «comprobar el efecto de bloqueo» de la metadona. Los que seguían en tratamiento disminuían, para luego abandonar, el uso de la heroína. A pesar del riguroso examen de ingreso, más del 20 % de los pacientes que entraron en tratamiento sufrían de poliadicción o alcoholismo grave (Gearing & Schweitzer 1974). El tratamiento de estos pacientes se prosiguió y se intentó tratar asimismo las otras dependencias.

Los buenos resultados ocasionaron la expansión del programa. De este modo, el mantenimiento con metadona llegó a ser la principal iniciativa de salud pública para el tratamiento de la heroínomanía. En 1922, alrededor de 115.000 pacientes fueron admitidos en PMM en todo el país.

## INICIATIVA FEDERAL<sup>2</sup>

Mientras los Drs. Dole, Nyswander, Kreek, Lowinson, Gearing, Goldstein, Brill y otros proseguían sus estudios sobre los mecanismos de acción e impacto terapéutico del mantenimiento con metadona, el gobierno Federal experimentaba cambios que ocasionarían la rápida expansión de este tratamiento. Al principio del año setenta, los consejeros del presidente Nixon comenzaron a preocuparse por la relación cada vez más estrecha entre criminalidad urbana y heroínomanía. El equipo de la Casa Blanca empezó a visitar los programas locales de tratamiento para examinarlos. Todos ellos se ubicaban en grandes zonas urbanas y utilizaban el mantenimiento con metadona. Los consejeros quedaron particularmente impresionados por los programas

---

2. Redactado por Karst J. Besteman, director e investigador principal, *Institutes for Behavioral Resources, Inc., Substance Abuse Center, Washington, D.C.*

del distrito de Columbia, puestos en marcha bajo la dirección del Dr. Robert DuPont.

El equipo de la Casa Blanca solicitó a dos grupos recomendaciones para la política de atención y de organización de los programas, a fin de tomar medidas frente al aumento de la heroínomanía. Uno de los grupos estaba dirigido por miembros del *National Institute of Mental Health* (NIMH), en colaboración con miembros del *Office of Economic Opportunity* (OEO), de la DEA y del *Department of Housing and Urban Development* (HUD). El segundo estaba compuesto por directores de programas e investigadores del tratamiento de la adicción. Ambos equipos formularon sus observaciones a través de voluminosos informes. El grupo dirigido por el NIMH recomendaba que la metadona no fuera aprobada como tratamiento si no se realizaban más investigaciones. El grupo no gubernamental, por su parte, proponía una estrategia basada en la expansión rápida de todas las formas de tratamiento y una utilización amplia del mantenimiento con metadona.

Esta última recomendación fue adoptada como política Federal en el mes de junio de 1971, cuando el presidente nombró al Dr. Jerome Jaffe director del *Special Action Office for Drug Abuse Prevention* (SAODAP). Uno de los primeros objetivos del Dr. Jaffe fue promulgar normas de la FDA que regularan la utilización de la metadona en el tratamiento de la dependencia a los opiáceos.

Antes de que esta decisión política fuera tomada, las cuestiones relacionadas con la investigación y la evaluación de los tratamientos de la adicción, fueron examinadas por el NIMH. Al final de los años sesenta, el NIMH dio su apoyo a la *National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics* (NAPAN) para la organización de conferencias anuales sobre el mantenimiento con metadona. Por otra parte, el Dr. Sidney Cohen, director de la *Division of Narcotic Addiction and Drug Abuse* del NIMH, obtuvo el IND (*Investigational New Drug*: nuevo medicamento en estudio), de acuerdo con la FDA, para el tratamiento de mantenimiento con metadona. Esta autorización permitió recoger datos científicos en todos los programas financiados por el NINH que utilizaban la metadona.

Sin embargo, la utilización bajo el nombre de IND otorgaba al tratamiento con metadona un estatuto fácilmente revocable por las autoridades. Aunque permitía a los investigadores estudiar productos que la FDA no había totalmente aprobado como de uso seguro y eficaz, no había disposiciones para los «investigadores» que se desviaran de los «protocolos» propuestos. De esta forma, aparecieron, a finales de los años sesen-



ta y al principio de los años setenta, un gran número de supuestos «investigadores» que proporcionaban importantes cantidades de metadona a heroinómanos sin otros servicios o controles. Su comportamiento, principalmente motivado por los beneficios que obtenían de los honorarios del tratamiento, condujo a un gigantesco desvío de la metadona hacia el mercado ilegal. En *Washington D.C.* y en *New York City*, dos de esos «investigadores» fueron particularmente activos en este campo y su perseverancia demostró la incapacidad del modelo IND para impedir tales actos.

Al mismo tiempo, era evidente que la FDA tenía sus dudas sobre dar su autorización a un tratamiento que no había seguido el procedimiento habitual de «doble ciego», como habitualmente exigía de la industria farmacéutica. Así, por una parte, era evidente que el concepto de seguir investigando ya no era apropiado, puesto que ya había quedado de manifiesto que la metadona beneficiaba a los pacientes y su uso era seguro. Por otra parte, no hubiera sido lógico aprobar la metadona como un medicamento ordinario, como si se tratase de un nuevo antibiótico. Hacía falta, pues, adoptar un nuevo enfoque que permitiera poner este tratamiento a disposición de los usuarios de heroína que pudieran beneficiarse de él y dar al mismo tiempo al Gobierno los medios para impedir su explotación por parte de médicos sin escrúpulos.

La FDA propuso, entonces, al principio de los años setenta, las primeras disposiciones reglamentarias, en colaboración con la DEA, el NIMH y el OEO, pero que no llegaron a ser promulgadas. Fueron elaboradas con mucho esmero pero eran tan restrictivas que las críticas desde el *Department of Health, Education and Welfare* (DHEW) y desde otras instancias gubernamentales, determinaron su retirada. Más adelante, con la creación del SAODAP, el Dr. Jaffe, en calidad de director de este organismo, pudo conseguir que se elaborasen reglamentos aceptables.

Tras esto, muchas personas acusaron el gobierno Federal de ser «prometadona», si bien las disposiciones legales relativas a la financiación fueron totalmente neutras. Por otra parte, un análisis de los fondos acordados por instancias Federales había demostrado que eran más numerosas y más importantes las subvenciones que recibían los programas de tratamiento ambulatorio sin metadona.

Al principio de los años setenta, los estudios monográficos específicos publicados bajo los auspicios del SAODAP presentaron el modelo recomendado para el tratamiento de mantenimiento con metadona.

Estas publicaciones intentaron dar mayor énfasis al tratamiento y a los servicios de rehabilitación del que la FDA había dado hasta entonces. Las cuestiones tratadas incluían, entre otros temas, la proporción pacientes/profesionales que se debía respetar, el interés de los servicios mixtos, los análisis de orina y otros aspectos relativos a las dosis. Desafortunadamente, hoy en día estas cuestiones no están aún bien establecidas, a pesar de haber transcurrido veinte años de investigación y experiencia clínica.

En 1974, el Congreso autorizó legalmente a la DEA a reglamentar las instituciones que recetaban metadona. En 1980, el NIDA y la FDA redactaron un acuerdo para establecer e instaurar conjuntamente disposiciones reglamentarias relativas al tratamiento de mantenimiento con metadona. Durante los años ochenta se aportaron modificaciones en respuesta a las enseñanzas cosechadas por la amplia experiencia clínica y los datos de los investigadores subvencionados por el NIDA.

Más recientemente, informes del GAO, testimonios del director del NIDA, artículos de sus colaboradores científicos y de investigadores extranjeros han confirmado la seguridad de uso, eficacia y ventajas clínicas del mantenimiento con metadona, confiriéndole un papel esencial dentro del tratamiento de la dependencia a los opiáceos.

Actualmente, la propagación del virus del sida hace que las modalidades terapéuticas que permiten reducir comportamientos de alto riesgo, como utilizar y compartir jeringuillas o el trueque de sexo por drogas, sean aún más necesarias. El mantenimiento con metadona ha demostrado ser un método eficaz tanto para tratar la adicción, como para reducir los factores de riesgo relacionados con el VIH. Una razón más, para que desde las instancias políticas y los responsables de programas se facilite la extensión del uso de la metadona en el marco del tratamiento de la dependencia a los opiáceos.

## CRITERIOS DE ADMISIÓN AL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

En un principio, los criterios de admisión correspondían a las exigencias de un protocolo de investigación estricto. Sólo los adictos de 21 a 40 años eran admitidos para seguir el tratamiento. El límite de edad superior había sido fijado en virtud de una teoría, no confirmada, según la cual los toxicómanos maduraban (*mature out*) con el transcurso de los años y abandonaban su dependencia después de los 40 años. Los candidatos al tratamiento debían ser dependientes de la heroína desde al menos 4 años y haber recaído tras varias tentativas de tratamiento y

desintoxicación. Los adictos a múltiples sustancias, los alcohólicos y los individuos que presentaban graves trastornos psiquiátricos o médicos, como la tuberculosis, no eran admitidos. Al principio, las mujeres embarazadas dependientes de los opiáceos no eran aceptadas, ya que era una cuestión aún en curso de evaluación (Joseph & Appel 1985; Joseph & Dole 1970). A medida que el tratamiento con metadona se mostraba eficaz y médicamente seguro, los criterios de ingreso fueron ampliados hasta incluir los grupos anteriormente excluidos. El trabajo de la Dra. Kreek jugó un papel determinante para establecer la seguridad de uso de la metadona en todos los grupos de pacientes.

Actualmente, los reglamentos FDA-NIDA autorizan el acceso al tratamiento a los heroínómanos con historia de adicción de al menos un año con dependencia física. El límite de edad inferior ha sido rebajado a 18 años, si bien pueden ser admitidos candidatos de 16 a 18 años que hayan realizado al menos dos tentativas de desintoxicación o de tratamiento sin metadona y tengan la autorización de sus padres o estén emancipados. El límite de edad superior fue abolido ya que, en efecto, existen adictos mayores de 40 años. Estudios de seguimiento han demostrado que los adictos no tratados presentan una tasa de mortalidad elevada, continúan consumiendo drogas después de los 40 años y corren el riesgo de ser encarcelados o de volverse seriamente dependientes del alcohol (Dole & Joseph 1978; Joseph & Appel 1985). También, en la actualidad, las mujeres embarazadas son aceptadas y por razones médicas pueden ser admitidas con criterios modificados (antigua dependencia pero riesgo actual de recaída o dependencia de estupefacientes desde menos de un año con consumo continuo en el momento de la demanda). Por último, los solicitantes aquejados de graves problemas de salud y con historia de abuso de múltiples sustancias —alcoholismo incluido— pueden ser aceptados (Dole & Joseph 1978; FDA 1989; Joseph & Appel 1985; Gearing & Schweitzer 1974).

## TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A LOS OPIÁCEOS COMO ENFERMEDAD METABÓLICA

En el transcurso de los años sesenta, los investigadores de la Universidad Rockefeller empezaron a cuestionar las teorías relativas a la dependencia basadas en las características psicológicas de los adictos y las teorías del condicionamiento. Al respecto, en 1967, Dole & Nyswander formularon la hipótesis de que la adicción a la heroína podía ser una enfermedad metabólica. Estudios clínicos y de laboratorio sugirieron

que la apetencia de droga que provoca la recaída es el síntoma de un disfuncionamiento del sistema de los receptores morfinicos endógenos, debido al consumo repetido de opiáceos.

Aunque los pacientes hayan conseguido funcionar normalmente tras un período de tratamiento, la mayoría vuelven a sentir apetencia por las drogas. Si no reanudan el tratamiento, corren el riesgo de recaer a pesar de su motivación por la abstinencia y de sus intentos de actuar correctamente dentro de la comunidad. De hecho, el tratamiento de mantenimiento con metadona es correctivo, no curativo y de duración indefinida (Dole 1988; Kreek 1973, 1976).

Kreek estudió individuos desintoxicados de la heroína o de la metadona y que habían conseguido mantenerse abstinentes. Observó, en los dos grupos, que persistían ciertos efectos neuroendocrinos anormales durante el período de abstinencia y supuso que estas respuestas anormales podían contribuir a la recaída (Kreek 1986, 1988). Con las nuevas técnicas de análisis y el descubrimiento de los ligandos específicos a los receptores, Dole volvió a despertar el interés por el estudio del estado de abstinencia prolongado (Kreek 1973, 1986).

## DOSIS DE METADONA

Tal y como se ha señalado, el bloqueo de los efectos narcóticos de todos los estupefacientes de la familia de los opiáceos se alcanza prescribiendo de 80 a 120 mg/día de metadona. Este fenómeno fue comprobado durante el estudio inicial, en doble ciego, realizado por Dole, Nyswander & Kreek, en la Universidad Rockefeller. Durante 4 semanas, se estudiaron los efectos generados por la heroína, morfina, clorhidrato de hidromorfina, metadona y una solución salina a diferentes niveles de estabilización y de tolerancia. En el caso de los pacientes mantenidos con una dosis de metadona cotidiana de 80 a 100 mg, los efectos euforizantes de los opiáceos habían desaparecido o eran insignificantes. El bloqueo era efectivo para la cantidad habitual de heroína que un adicto podía encontrar en la calle (Dole *et al.* 1966).

Las implicaciones de estos descubrimientos para la salud pública sólo se hicieron aparentes cuando se realizaron estudios con grandes muestras y sobre períodos de tiempo más extensos. Estos trabajos demostraron que se obtenía una mejor adaptación en los pacientes mantenidos con cantidades iguales o superiores a 70 mg/día, que en aquellos que recibían dosis inferiores. Hartel y colaboradores (1988) analizaron alrededor de 190.000 informes toxicológicos de orina relativos a 2.400 pacientes mantenidos con metadona en un programa del sur del *Bronx*, a lo

largo de 15 años (1972-88). Esto permitió evidenciar una tendencia constante durante este período: los pacientes mantenidos con una dosis diaria de, al menos, 70 mg permanecían más tiempo en tratamiento, consumían menos heroína y otros estupefacientes (cocaína incluida) y presentaban una incidencia más baja de infección por VIH y de progresión a sida. La eficacia de la metadona era aún más manifiesta en los pacientes mantenidos con 80 mg/día, en particular en lo concerniente a la protección frente a la infección VIH.

Diversos estudios confirmaron posteriormente la existencia de un rango de dosis terapéuticas eficaces:

- El amplio estudio de Ball & Ross efectuado en 6 PMM de Baltimore, Nueva York y Filadelfia mostró que el consumo de heroína por vía intravenosa había disminuido en un 71 %, en relación al período anterior al inicio del tratamiento (Ball & Ross 1991). Un estudio del consumo, durante un mes, de heroína endovenosa de 407 pacientes reveló que a mayor dosis de metadona menos frecuente era el consumo de heroína. Un 27,9 % de los 204 pacientes mantenidos con 45 mg/día, o menos, consumían heroína, frente a solamente 5,4 % de los 203 pacientes mantenidos con dosis de metadona superiores a 45 mg/día. Por último, no se encontraron pruebas que indicaran que los pacientes mantenidos con 75 mg/día consumían heroína.
- Al examinar 44 programas, Watters & Price señalaron que la dosis era el factor aislado más importante en materia de retención de los pacientes (cuanto más elevada es la dosis más se retiene a los pacientes en tratamiento) (Appel, no publicado).
- Caplehorn & Bell demostraron que la retención en los programas australianos se duplicaba en función de cada uno de los tres niveles de dosis estratificados (inferior a 60 mg/día, 60-79 mg/día, igual o superior a 80 mg/día). Los pacientes estabilizados a una dosis igual o superior a 80 mg/día presentaban períodos de tratamiento más prolongados que los demás pacientes. Por otra parte, resultó que las variables generalmente asociadas a buenos resultados, como tener un empleo, nivel de educación y grado de criminalidad, parecían ser menos determinantes que la dosis de metadona de los pacientes (Caplehorn & Bell 1991).
- En una revisión de la bibliografía especializada, Hargreaves mencionaba que los pacientes se encontraban mejor con dosis elevadas, comprendidas entre 50 y 100 mg/día, particularmente al inicio del tratamiento y aconsejaba que el NIDA alentara a los servicios de los Esta-

dos para permitir a los programas prescribir dosis de metadona de al menos 100 mg/día (Hargreaves 1983).

- En un estudio nacional efectuado sobre 172 programas de mantenimiento con metadona escogidos al azar y con una tasa de respuesta del orden del 72 %, D'Aunno & Vaughan describieron que cerca de la mitad de los programas fomentaba que sus pacientes se desintoxicaran de la metadona en el transcurso de los seis meses después de su admisión. Un 68 % de los programas limitaba la dosis de metadona a 50 mg/día, por debajo de la dosis terapéutica eficaz recomendada por el GAO. A semejanza de otros estudios, los investigadores descubrieron que los pacientes mantenidos con dosis más elevadas permanecían más tiempo en tratamiento. Cuando los pacientes participaban en las decisiones relativas a la dosificación y en lo referente a la metadona para llevar, los resultados positivos eran más probables (tratamientos más prolongados y disminución del consumo de productos ilícitos). Los investigadores recomendaron que se controlaran, incluso que se modificaran en algunos casos, las prácticas de los programas que prescribían dosis inadecuadas, con una participación mínima de los pacientes en la toma de decisiones. Los programas que trataban a un alto porcentaje de pacientes afroamericanos, jóvenes y parados, administraban (en término medio) dosis más bajas. Es posible que esto fomentara que los pacientes se desintoxicaran prematuramente y que participasen menos en las decisiones que en otros centros (D'Aunno & Vaughan).

## TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA Y EPIDEMIA DE SIDA

Los consumidores de drogas, se inyecten o no, sus parejas sexuales así como sus hijos corren un alto riesgo de contraer el VIH. La prevalencia del VIH entre los pacientes que inician un tratamiento de mantenimiento con metadona varía en función del programa y de su ubicación (Joseph & Springer 1990).

Varios estudios independientes han demostrado que un tratamiento de mantenimiento con metadona bien llevado reduce los comportamientos de riesgo de contraer y transmitir el VIH. Abdul-Quader y colaboradores (1987) observaron que la frecuencia de inyección y la frecuencia de su práctica en las galerías de inyección, disminuía sensiblemente en el transcurso del tratamiento con metadona. Otros estudios efectuados en Uppsala, Suecia, y en el sur del Bronx de Nueva York (Blix & Gröndbladh 1988; Hartel *et al.* 1988) señalaron que los pacientes admitidos en tratamiento de mantenimiento antes de 1983 y que seguían en él,

presentaban una tasa de sida y de infección VIH significativamente más baja que la de los pacientes que empezaron después de esta fecha. Los dos estudios concluyeron que el tratamiento de mantenimiento con metadona podía relacionarse con una disminución del riesgo de contraer el VIH y que podía, tal vez, proteger a los adictos a drogas por vía endovenosa aún no infectados.

Weber y sus colaboradores (1990) llevaron a cabo en Suiza un estudio prospectivo de tres años, en el curso del cual siguieron dos grupos de pacientes portadores del VIH, uno tratado con metadona y el otro no. Los resultados mostraron que la progresión a sida era más lenta en el grupo en mantenimiento con metadona (24 %) comparado con los consumidores de heroína no tratados (41 %).

Un estudio sobre 58 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona a largo plazo y socialmente rehabilitados (es decir, con empleo, sin consumo de drogas y socialmente estables) reveló que todos eran VIH negativos, aunque el 91 % de ellos tenía al menos un marcador de hepatitis B. Estos pacientes estaban en tratamiento desde, aproximadamente, 16,9 años, con una dosis media de 60 mg/día (de 5 a 100 mg/día). La duración media de consumo de heroína endovenosa antes del tratamiento era de 10,3 años, y todos habían corrido riesgos de infección VIH importantes (compartir jeringuillas, frecuentación de galerías de inyección, relaciones sexuales con otros adictos). La ausencia de infección por el VIH en el seno de este grupo fue considerado como uno de los resultados más positivos del tratamiento con metadona (Novick *et al.* 1990).

## SEGURIDAD DE USO A NIVEL MÉDICO

### TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA Y SISTEMA INMUNITARIO

La metadona administrada como tratamiento de mantenimiento o para aliviar el dolor no afecta el funcionamiento del sistema inmunitario. Ese es un aspecto importante cuando se trata de atender a pacientes VIH positivos. Los heroínómanos no tratados presentan síntomas de alteración de la función inmune semejantes a los de los pacientes VIH positivos, tal como una disminución de la eficacia de las células K, tumefacción ganglionar y un número absoluto de células T más elevado. Sin embargo, en un estudio sobre 34 heroínómanos, Kreek demostró que en un 53 % de los sujetos, la baja actividad de las células K volvía a la normalidad cuando eran tratados con metadona (Kreek 1988).

En un estudio que comparaba heroínómanos activos, pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona socialmente rehabilitados y un grupo control de individuos sanos se observó que la actividad de las células K estaba significativamente disminuida en los heroínómanos activos, sin que hubiera diferencias entre los pacientes en metadona y el grupo control. Por otra parte, los heroínómanos no tratados tenían un número absoluto más elevado de células CD2, CD3, CD4, y CD8 que los adictos tratados y los del grupo control (Novick *et al.* 1989). Un estudio *in vitro* de células mononucleares periféricas humanas incubadas en una alta concentración de metadona, mostró que la actividad de las células K no se veía afectada por la concentración de metadona en el plasma de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona y de los pacientes tratados contra el dolor (Ochshorn *et al.* 1990). Estos estudios parecen indicar que las anomalías de la inmunidad celular observadas en los heroínómanos por vía endovenosa pueden ser corregidas por la administración de dosis adecuadas de metadona, lo que refuerza, a su vez, la respuesta del sistema inmune a infecciones tales como el VIH.

## MANTENIMIENTO CON METADONA Y EMBARAZO

Es importante tratar a las mujeres heroínómanas embarazadas durante el primer trimestre del embarazo. A causa de la corta duración de acción de la heroína, cuya vida media es de 4-6 horas, es posible que el feto pase por periódicos episodios de abstinencia, que conlleven sufrimiento fetal y ocasionalmente la muerte *in útero*. Gracias a la larga duración de su acción, la metadona a dosis adecuadas consigue un entorno relativamente no perjudicial, en el que el feto puede desarrollarse.

El inicio del tratamiento durante los tres primeros meses de gestación se correlaciona con mayor peso en el momento del nacimiento. Es evidente que el mantenimiento con metadona combinado con los servicios prenatales puede favorecer el crecimiento del feto, mientras que el consumo de heroína durante el embarazo puede contribuir a la morbilidad infantil (Kaltenbach & Finnegan 1992). Especialmente en el último trimestre del embarazo y a causa de modificaciones del metabolismo y de la concentración plasmática de metadona, la paciente embarazada puede sentir síntomas de abstinencia y ser preciso aumentar la dosis diaria.

Kaltenbach & Finnegan han demostrado que no existe correlación entre dosis de metadona administrada a la madre, edad gestacional del neonato, peso e intensidad del síndrome de abstinencia del recién nacido. Durante el primer mes después del nacimiento, se pueden observar en



el recién nacido fases de síndrome neonatal de abstinencia de intensidad variable, que se podrán tratar con la ayuda de un elixir paregórico. En caso de que la madre consumiera otras sustancias no opiáceas, incluyendo alcohol, el fenobarbital añadido al elixir paregórico puede aliviar el sufrimiento del recién nacido (Kaltenbach & Finnegan 1992).

Kaltenbach & Finnegan concluyeron que la metadona, administrada a mujeres embarazadas en el marco de un programa que se ocupe de su adicción y de sus problemas médicos, psicológicos y sociales, no obstaculiza para nada el desarrollo físico, emocional o cognitivo del recién nacido. Además, el tratamiento de mantenimiento con metadona durante el embarazo contribuye, al mismo tiempo, a reducir la morbilidad y la mortalidad maternal e infantil (Kaltenbach & Finnegan 1992).

## COMPLICACIONES MÉDICAS Y SEGURIDAD DE USO

Kreek demostró que, incluso a dosis elevadas, la metadona no tenía efectos tóxicos y que los efectos secundarios eran mínimos. Las complicaciones observadas entre los pacientes mantenidos con metadona están en relación con las enfermedades crónicas preexistentes o coexistentes al tratamiento, como alcoholismo crónico, poliadicción (cocaína y otras drogas), infección VIH, sida, hepatopatías crónicas, tuberculosis, sífilis, malnutrición y traumatismos diversos. Los efectos del alcoholismo crónico (cirrosis y otras hepatopatías) constituyen uno de los problemas médicos más importantes.

Al inicio del tratamiento, el estado del paciente suele ser precario. Sin embargo, éste suele mejorar en el curso del mantenimiento con metadona, siempre y cuando no coexista una enfermedad con alta tasa de mortalidad. Existen pocas contraindicaciones para administrar metadona a pacientes con grave estado físico. En pacientes tuberculosos tratados con rifampicina pueden aparecer síntomas de abstinencia y ser necesario aumentar la dosis de metadona o recurrir a otro tuberculostático. Están desaconsejados los antagonistas de los opiáceos (naloxona) y los agonistas-antagonistas (pentazocina) capaces de producir un síndrome de abstinencia.

Desde 1986, el número de casos de tuberculosis multirresistente ha aumentado en la población «sin techo» y en los seropositivos VIH. La tuberculosis es un problema de salud muy importante en los programas metadona. Muchos centros distribuyen hoy en día, además de la metadona, medicamentos antirretrovirales y tuberculostáticos y también tratan el alcoholismo y la dependencia a la cocaína. La indicación

de tratamiento de mujeres, a menudo embarazadas y con mala salud, ha aumentado. Muchos servicios desarrollan actualmente programas especialmente destinados a las mujeres embarazadas, ofreciéndoles atención prenatal.

## OTROS PROBLEMAS

### EMPLEO

Durante los años sesenta y al principio de los años setenta, muchos pacientes podían encontrar un empleo correctamente remunerado en el sector secundario. La *Federal Rehabilitation Act* de 1973 y, paralelamente, la declaración de los derechos humanos garantizaban el derecho al trabajo y protegían contra discriminaciones en materia de empleo por antecedentes de adicción o la participación en un tratamiento de mantenimiento. De acuerdo con este decreto, este derecho fue defendido varias veces ante los tribunales, incluso en situaciones de empleo relacionadas con la seguridad (Davis contra Bucher 1978; Doe contra New York City Transit Authority 1987).

La protección ofrecida por la *Rehabilitation Act* y la más reciente *Americans with Disabilities Act* es muy importante. En efecto, la Corte Suprema, en el caso *Beazer* contra la *New York City Transit Authority* (1978), determinó que no autorizar a los individuos tratados con metadona a trabajar para la *Transit Authority* no constituía una violación de la Constitución. Con su veredicto, la Corte Suprema anulaba el de dos tribunales de primera instancia, según los cuales no se podía impedir trabajar en ningún puesto a individuos tratados con metadona. Desafortunadamente, las investigaciones científicas que demuestran que los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona pueden funcionar normalmente fueron desestimadas o imperfectamente comprendidas. En cualquiera de los casos, las disposiciones de la *Rehabilitation Act* y de la *Americans with Disabilities Act* hacen que la sentencia del caso *Beazer* sea irrelevante.

Sin embargo, los cambios aparecidos en el sector de los servicios en estos diez últimos años hacen que sea cada vez más difícil, para los pacientes sin la formación y cualificación requeridas, encontrar una colocación en puestos de trabajo adecuadamente remunerados. Además, existen menos puestos de trabajo a causa de la recesión económica, y la tasa de empleo de los pacientes tratados con metadona ha disminuido en las ciudades. Con un mercado de trabajo en transformación, la orientación profesional y la ayuda al

empleo se han convertido en importantes elementos sociales del tratamiento.

Un número creciente de pacientes se encuentra sin domicilio, en particular los que vivían en guetos urbanos. Quienes se han negado a ir a centros de acogida, se han refugiado en estaciones de metro y otros lugares públicos. Los equipos de drogodependencias han debido ayudar a estos pacientes a encontrar lugares de albergue negociando con las autoridades.

## ESTIGMA SOCIAL

Desafortunadamente, la opinión pública y ciertos profesionales han menospreciado el tratamiento de mantenimiento con metadona diciendo que no hacía más que «reemplazar una droga por otra». Estas actitudes perjudican en diversa forma a los programas, pero son, en definitiva, los propios pacientes en mantenimiento de metadona los más estigmatizados y dañados, sin que se tenga en consideración los progresos que hayan podido realizar. Ello les conduce a esconderse o a sentir vergüenza de estar en un programa, que sin embargo les ha ayudado, por temor a sufrir una marginación social y perder su empleo. Según Cooper (1992), el desconocimiento de la enfermedad de la adicción y del papel que juega el tratamiento de mantenimiento con metadona y el estigma asociado a ella, podrían conducir a realizar intervenciones contraproducentes, como por ejemplo prescribir dosis de metadona insuficientes. Si se desea destruir los mitos y los malentendidos sobre el uso de la metadona en el tratamiento de los adictos a la heroína, es absolutamente necesario informar a la opinión pública, profesionales y pacientes para alcanzar, a través de nuevos programas, a los toxicómanos no tratados.

## RESUMEN

El consumo de heroína por vía intravenosa y sus secuelas, a nivel individual y social, son la causa de muchos problemas de salud y de dificultades sociales a las cuales los Estados Unidos deben hoy en día enfrentarse. Al igual que con las epidemias de antaño, el tratamiento de los individuos infectados y de los que corren el riesgo de infectarse es un problema crucial de salud pública. El tratamiento de mantenimiento con metadona permite alcanzar estos dos objetivos, ya que permite tratar a adictos que usan drogas compulsivamente, perpetuando el consumo ilegal y que participan en la propagación del sida y de otras enfermedades infecciosas, como enfermedades de transmisión sexual, hepatitis o tuberculosis.

Un tratamiento eficaz de mantenimiento con metadona puede ayudar a los individuos a evitar conductas destructivas. Permite brindarles el apoyo farmacológico, psicológico y social necesario para mejorar sus condiciones de vida. Para que el tratamiento de mantenimiento con metadona pueda plenamente explotar sus potencialidades, es indispensable poner en marcha programas de información, crear servicios dispuestos a responder a las necesidades y proceder a evaluaciones rigurosas.

La principal estrategia de salud pública relativa a estos programas consiste en establecer normas de admisión flexibles, que permitan aceptar sin demora los numerosos adictos no tratados que necesitan y desean entrar en tratamiento y asegurar que los servicios sean capaces de responder a sus necesidades. Este reto va dirigido a los responsables políticos, trabajadores sociales y profesionales de la salud. La situación contraria, no reconocer la situación e ignorar los problemas de los innumerables adictos no tratados y de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona, seguirá incidiendo en la calidad de vida en los Estados Unidos.

## BIBLIOGRAFÍA

ABDUL-QUADER, A.S.; FRIEDMAN, S.R.; DES JARLAIS, D.C.; MARMOR, M.M.; MASLANSKY, R. and BARTELME, S. Methadone maintenance and behavior by intravenous drug users that can transmit VIH. *Contemporary Drug Problems* (Fall 1987): 425-433, 1987.

APPEL, P. Treatment issue report #56: Review of a NIDA grant. The relationship of treatment policy to client retention, by Watters, J.A. and Price, R.H. Bureau of Research and Evaluation, University of Michigan. Rapport interne des New York State Division of Substance Abuse Services. Non publié.

BALL, J.C. and ROSS, A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag, 1991.

BEAZER v. New York City Transit Authority, 440 U.S. 568, 1978.

BLIX, O. and GRÖNDBLADH, L. AIDS and IV heroin addicts: The preventive effect of methadone maintenance in Sweden. Abstract 8548. Fourth International Conference on AIDS, Stockholm, Suède, 1988.

BRECHER, E.M. Licit and illicit drugs. In: *Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens and Marijuana*. Boston, MA: Little, Brown and Company, 1972.

CAPLEHORN, J.R.M. and BELL, J. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *Medical Journal of Australia* 154 (February 4): 195-199, 1991.

COOPER, J.R. Methadone treatment in the United States. In: Awni, A. and Westermeyer, J., eds. *Methadone in the Management of Opioid Dependence: Programs and Policies Around the World*. Genève, Suisse: OMS, 1988.

COOPER, J.R. Ineffective use of psychoactive drugs: Methadone treatment is no exception. *Journal of the American Medical Association* 267(2): 281-282, 1992.

COURTWRIGHT, D.T. *Dark Paradise: Opiate Addiction in America Before 1940*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.

COURTWRIGHT, D.T.; JOSEPH, H. and DES JARLAIS, D. *Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America, 1923-1965*. Knoxville, TN: University of Tennessee Press, 1989.

D'AUNNO, T. and VAUGHN, T.E. Variations in methadone treatment practices. *Journal of the American Medical Association* 267(2): 253-258, 1992.

DAVIS v. BUCHER, 451 F., supp. 791 (E.D.Pa. 1978).

DOE v. New York City Transit Authority, 85 Civ. 4521 (S.D.N.Y. 1987) (Consent Degree).

DOLE, V.P. Addictive behavior. *Scientific American* 243(6) - (December): 138-154, 1980.

DOLE, V.P. Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association* 260(20) - (November 25): 3025-3029, 1988.

DOLE, V.P. and JOSEPH, H. Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Annals of the New York Academy of Sciences* 311: 181-189, 1978.

DOLE, V.P. and NYSWANDER, M.E. Heroin addiction: Metabolic disease. *Archives of Internal Medicine* 120: 19-24, 1967.

DOLE, V.P.; NYSWANDER, M.E. and KREEK, M.J. Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine* 118 (October): 304-309, 1966.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *FDA Regulations in the Federal Register*. 21 CFR Part 21. Washington, DC: Food and Drug Administration, March 2, 1989.

GEARING, F.R. and SCHWEITZER, M.D. An epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal of Epidemiology* 100: 101-112, 1974.

GEWIRTZ, P.D. Notes and comments: Methadone maintenance for heroin addicts. *The Yale Law Journal* 78: 1175-1211, 1969.

HARGREAVES, W.A. Methadone dose and duration for maintenance treatment. In: *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph. DHHS Pub. No. (ADM)97-1281. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1983. pp. 19-92.

HARTEL, D.; SELWYN, P.A. and SCHOENBAUM, E.E. *et al.* Methadone maintenance treatment and reduced risk of AIDS and AIDS-specific mortality in intravenous drug users. Abstract No. 8546. Fourth International Conference on AIDS, Stockholm, Suède, 1988.

INCIARDI, J.A. Some considerations in the clinical efficacy of compulsory treatment: Reviewing the New York experience. In: *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 86. 1988. pp. 126-138.

JOSEPH, H. The criminal justice system and opiate addiction: A historical perspective. In: *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 86. 1988. pp. 106-125.

JOSEPH, H. and APPEL, P. Alcoholism and methadone treatment: Consequences for the patient and the program. *American Journal of Drug and Alcohol Issues* II(1,2): 37-53, 1985.

JOSEPH, H. and DOLE, V.P. Methadone patients on probation and parole. In: *Federal Probation* juin 1970. pp. 42-48.

JOSEPH, H. and SPRINGER, E. Methadone maintenance treatment and the AIDS epidemic. In: *The Effectiveness of Drug Abuse Treatment: Dutch and American Perspectives*. Malabar, FL: Robert E. Krueger, 1990. pp. 261-274.

KALTENBACH, K. and FINNEGAN, L.P. Methadone maintenance during pregnancy: Implication for perinatal and developmental outcome. In: T. Sonderegger, ed. *Perinatal Substance Abuse: Research Findings and Clinical Implications*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

KREEK, M.J. Medical safety and side effects of methadone in tolerant individuals. *Journal of the American Medical Association* 223(6): 665-668, 1973.

KREEK, M.J. Medical complications in methadone patients. *Annals of the New York Academy of Sciences* 311(Dept. 29): 110-134, 1978.

KREEK, M.J. Tolerance and dependence: Implications for the pharmacological treatment of addiction. In: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence (Proceedings of the 48th Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence)*. DHHS Pub. No. (ADM)87-1508. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, 1986. pp. 53-62.

KREEK, M.J. Summary of presentation at 1988 meeting of the Committee for Problems of Drug Dependence. *NIDA Notes* Fall: 12, 25, 1988.

KREEK, M.J. Multiple drug abuse patterns and medical consequences. In: Meltzer, H.Y., ed. *Psychopharmacology: Third Generation of Progress*. New York: Raven Press. pp. 1597-1904.

MADDUX, J.F. Clinical experience with civil commitment. In: *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 86. 1988. pp. 35-56.

NOVICK, D.M.; JOSEPH, H. and CROXSON, T.S. *et al.* Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. *Archives of Internal Medicine* 150 (January): 97-99, 1990.

NOVICK, D.M.; OCHSHORN, M. and GHALI, V. *et al.* Natural killer activity and lymphocyte subsets in parental heroin abusers and long-term methadone maintenance patients. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 250: 606-610, 1989.

OCHSHORN, M.; NOVICK, D.M. and KREEK, M.J. In vitro studies of the effect of methadone on natural killer cell activity. *Israel Journal of Medical Sciences* 26(8): 421-425, August 1990.

WEBER, R.; LEDERGERBER, B.; OPRAVIL, M. and LUTHY, R. Cessation of intravenous drug use reduces progression of VIH infection in VIH+ drug users. Abstract of the Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, June 1990.

## LECTURAS ACONSEJADAS

BALL, J.C. and ROSS, A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag, 1991.

BRECHER, E.M. *Licit and Illicit Drugs*. Boston: Little Brown and Company, 1972.

COMMITTEE FOR THE SUBSTANCE ABUSE COVERAGE STUDY, DIVISION OF HEALTH CARE SERVICES, INSTITUTE OF MEDICINE. Treating Drug Problems. Vol. 1. Gerstein, D.R. and Harwood, H.J., eds. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

COURTWRIGHT, D.T.; JOSEPH, H. and DES JARLAIS, D. Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America, 1923-1965. Knoxville, TN: University of Tennessee Press, 1989.

DOLE, V.P. Addictive behavior. *Scientific American* 243(6): 138-154, 1980.

DOLE, V.P. Methadone maintenance from a public health perspective. April 30, 1989. Report available from Dr. Dole, The Rockefeller University, New York City.

GENERAL ACCOUNTING OFFICE REPORT. Methadone Maintenance. GAO/HRD-90-104, 1990.

HARTEL, D. Cocaine use, inadequate methadone dose increase risk of AIDS for IV drug users in treatment. *NIDA Notes* 5(1)(Winter), 1989/1990.

HARTEL, D.; SCHOENBAUM, E.E. and SELWYN, P.A. *et al.* Temporal patterns of cocaine use and AIDS in intravenous drug users in methadone maintenance. Paper presented at the 5th International Conference on AIDS, Montreal, Canada, June 1989.

MUSTO, D.F. *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. New York: Oxford University Press, 1987.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Extent and Adequacy of Insurance Coverage for Substance

ABUSE SERVICES (Institute of Medicine Report: Treating Drug Problems). Vol. II. Drug Abuse Services Research Series, No. 3. DHHS Pub. No. (ADM)92-1989. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1992.

THE OFFICE OF SUBSTANCE ABUSE SERVICES. Methadone Position Paper. Lansing, MI, 1990.

ROSENBLUM, A.; MAGURA, S. and JOSEPH, H. Ambivalence towards methadone treatment among intravenous drug users. *Journal of Psychoactive Drugs* 23(1): 21-27, 1991.



## INTRODUCCIÓN

Mejorar el tratamiento de mantenimiento con metadona es una tarea que requiere un esfuerzo continuado y una minuciosa planificación para coordinar acciones a diferentes niveles. A pesar de que objetivos tales como la revalorización de la imagen del tratamiento, la difusión de una correcta información sobre los programas, la capacitación del personal y el desarrollo de métodos de evaluación apropiados no pueden alcanzarse con esfuerzos discontinuos, la empresa es del todo realizable gracias a los conocimientos de que disponemos hoy en día.

El tratamiento de mantenimiento con metadona ha sido una de las modalidades terapéuticas más detalladamente investigadas. Sin embargo, a pesar de este importante esfuerzo, los resultados obtenidos han tardado en ser valorados y aceptados a la hora de tomar decisiones. Los programas han sido constantemente socavados por la reducción de la financiación y las críticas sobre su eficacia. Pero, para mejorar la calidad de los tratamientos, es indispensable incrementar los recursos y utilizarlos adecuadamente.

## REVALORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Es evidente que las actitudes manifestadas hacia los heroinómanos y los que se ocupan de ellos han representado un gran obstáculo para la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona. A diferencia del alcohol y el tabaco, dos drogas legales mucho más costosas para la sociedad, la adicción a la heroína es todavía objeto de temor y desprecio. Los pacientes en PMM y los equipos que los tratan continúan sintiéndose estigmatizados, lo que a su vez influye en la manera en que el personal y los pacientes conciben sus propias posibilidades y progresos. Esto afecta igualmente a las vocaciones, a la duración de la dedi-

cación del personal al trabajo en los PMM y por último a las subvenciones otorgadas. Esta situación ha mejorado gracias a los estudios que demuestran que los PMM juegan un papel indispensable en la lucha contra la propagación del sida. A pesar de este reconocimiento los esfuerzos en la revalorización del tratamiento deben continuar.

## RELACIÓN ENTRE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS Y LA ATENCIÓN CLÍNICA

El desarrollo de una política responsable que no vaya en contra de los objetivos que se persiguen representa un problema complejo que requiere la colaboración de las autoridades y de los responsables de los tratamientos. Ciertas disposiciones, tomadas para mejorar la calidad de las intervenciones, se basan en la premisa de que el comportamiento del paciente puede ser eficazmente controlado por reglas. Sin embargo, en muchos casos esta idea entra en conflicto con la necesidad de los clínicos de establecer una alianza terapéutica y con la idea de la mayoría de profesionales de que una persona no puede ejercer el más mínimo control sobre el consumo de drogas de otra. Es esencial que los programas sean capaces de establecer unos límites claros sin actuar de manera punitiva. En cualquier caso, un tratamiento de calidad se basa en la colaboración entre el paciente y el terapeuta y refleja la capacidad en promover la autonomía y la responsabilidad del paciente en tomar sus decisiones.

Múltiples disposiciones han sido desarrolladas para conseguir que los programas garanticen una atención responsable y de calidad. Los esfuerzos por disminuir interpretaciones subjetivas han conducido a menudo a acentuar los aspectos técnicos, de acuerdo a las reglamentaciones, que puedan ser controlados objetivamente. En oposición, una distinta estrategia reguladora podría proponer recompensar, en lugar de penalizar, los programas que se planteen abordar las cuestiones clínicas más complejas.

Actualmente el NIDA está realizando un estudio de viabilidad —MTQAS— para explorar un sistema que se centraría en la evaluación de los resultados específicos de un programa, en lugar de tratar de determinar la eficacia global de los PMM. La metodología propuesta intenta considerar las variables que puedan influenciar los resultados. Como por ejemplo, la heterogeneidad de los casos tratados, las características demográficas de los pacientes, las posibilidades de empleo o el consumo de cocaína en la comunidad, evitando la simple comparación de los resultados entre los servicios de tratamiento. Si este trabajo fructifica, podrí-

amos disponer de un sistema que permitiría valorar los PMM en función de los resultados obtenidos gracias a sus propios esfuerzos. En cualquier caso, es el momento de revisar las regulaciones estatales existentes para determinar si alcanzan las metas que se persiguen.

## DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EFICACES

Es cada vez más evidente que un tratamiento más intensivo permite obtener mejores resultados, tanto en la disminución del consumo de drogas ilegales como en la modificación del estilo de vida de los pacientes.

Tradicionalmente, los esfuerzos de los terapeutas se concentran en los problemas existenciales de los pacientes. Tratan de identificar y resolver problemas específicos en el campo del consumo de drogas, la salud física, las relaciones interpersonales, la interacción familiar y conseguir metas de orientación o formación profesional. A su vez, realizan el seguimiento global de los casos, sirviendo de nexo de unión con los médicos de cabecera e instituciones médicas, juzgados y servicios sociales. Asumen funciones propias de asesores, tales como la evaluación inicial, necesaria para la prescripción del tratamiento, y ayudan al paciente a desarrollar estrategias frente a sus problemas actuales y a las cuestiones relativas a las reglas del programa, privilegios y normas de conducta.

El plan de tratamiento puede estructurarse con sesiones de apoyo que, a su vez, sirvan de instrumento para medir los progresos efectuados. Se debería especificar el tipo, la duración y la frecuencia de estas sesiones y definir cuales son las situaciones (discusión sobre una circunstancia o situaciones de crisis) que puedan dar lugar a modificaciones en los planteamientos. Los planes de tratamiento deberían individualizarse, concretar objetivos a corto y largo plazo e identificar problemas o dificultades específicas. La historia clínica debe reflejar el carácter individualizado de los esfuerzos del paciente, así como el respeto general de las reglas. En la medida de lo posible, las historias han de estar informatizadas a fin de simplificar las anotaciones y conservar datos útiles para el seguimiento clínico y administrativo de los casos.

A menudo, la frecuencia de las entrevistas están determinadas por normas, sin datos que indiquen si ello es necesario o eficaz para todos los pacientes. Los equipos suelen dedicar grandes esfuerzos al seguimiento de pacientes reticentes, a fin de cumplir con el número de visitas determinadas por los reglamentos del Estado, a expensas de ocuparse de las

necesidades de pacientes que desean o necesitan más ayuda. Los programas de mantenimiento con metadona deberían establecer protocolos para monitorizar la abstinencia del paciente y su participación en actividades constructivas. A su vez, deberían incluir los comportamientos que indican posibles recaídas. Los pacientes que continúan abstinentes y que progresan satisfactoriamente en sus actividades podrían ser visitados en el marco de un modelo de mantenimiento más simple, que dejaría más tiempo al equipo para pacientes en fase de inicio de tratamiento o que necesitan un apoyo más intenso

Aparentemente, las intervenciones de apoyo son beneficiosas en la medida que el paciente no presente trastornos psiquiátricos importantes que requieran otras intervenciones suplementarias. Un amplio estudio epidemiológico indicó recientemente que más del 50 % de los drogodependientes que deseaban iniciar tratamiento presentaban también trastornos psiquiátricos (Regier *et al.* 1990). Otros trabajos de menor envergadura confirman la prevalencia de estos trastornos en los pacientes en mantenimiento con metadona. Algunos estudios empíricos indican que cuando la evaluación del estado mental de un paciente revela un trastorno grave, una psicoterapia suplementaria puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento (Woody *et al.* 1983).

La frontera entre las actividades de apoyo y la psicoterapia es, a menudo, ambigua. Se puede decir, sin embargo, que la psicoterapia generalmente se concentra en los procesos intrapsíquicos que alteran las facultades de reacción y las relaciones humanas. El enfoque terapéutico de tipo apoyo-expresión pone el acento en la identificación y la resolución de la problemática relacional. La terapia cognitivo-comportamental se concentra en descubrir y comprender la relación entre los pensamientos automáticos y la existencia de sentimientos y comportamientos problemáticos subyacentes. Estos dos enfoques son beneficiosos. La existencia de una relación positiva con el psicoterapeuta es una variable importante, pero debe ir acompañada de conocimientos y aptitudes especiales. En la mayoría de los Estados, los psicoterapeutas son licenciados acreditados. Los psicoterapeutas aportan una ayuda suplementaria pero no reemplazan al resto de profesionales y deberían estar plenamente integrados en el programa general. Esto significa que han de estar familiarizados con el tratamiento de mantenimiento con metadona y ser capaces de colaborar eficazmente con los otros miembros del equipo. Por otra parte, sería un error creer que los diplomas y las autorizaciones del Estado confieren al psicoterapeuta la calificación requerida para trabajar en el

campo de las drogodependencias, especialmente cuando se trata del mantenimiento con metadona, ya que las universidades han sido reacias a incluir los trastornos adictivos como parte integrante de la formación.

Los programas deben poder contar con los servicios de clínicos competentes en materia de diagnóstico para identificar a los pacientes que presentan trastornos mentales. Es preciso también crear mecanismos para coordinar el conjunto del equipo con los psicoterapeutas, en caso de que sean personas diferentes. Asimismo, debido a la gran utilidad de los medicamentos, es necesario disponer de médicos familiarizados con una prescripción apropiada a los drogodependientes. Una buena comunicación entre médicos y responsables del tratamiento cotidiano es esencial.

A causa de la incidencia relativamente elevada de depresiones en los dependientes de opiáceos, es particularmente importante que los programas traten este problema de manera más sistemática. La eficacia de los antidepresivos y su seguridad en la interacción con la metadona son bien conocidas, pero esta información debe transmitirse más intensamente a los programas. Aunque los estados psicóticos sean relativamente menos frecuentes en esta población, se encuentran en los servicios a pacientes gravemente perturbados. Es importante, pues, que los equipos estén en condiciones de reconocer y tratar estos pacientes de manera apropiada.

Los pacientes deben también tener acceso directo a la orientación y formación profesional y poder ser derivados a los servicios correspondientes. Las investigaciones sobre los programas de orientación profesional indican que las intervenciones más eficaces son las que se encuadran en los objetivos globales del programa de tratamiento.

Los pacientes con hijos han de participar en cursillos intensivos de formación de padres, ya que muchos pacientes en PMM han crecido en familias problemáticas. Un grupo bien concebido debe informar, enseñar aptitudes y ofrecer la posibilidad de abordar problemas específicos. Por lo general, estos grupos son bien aceptados por los padres, que carecen de un modelo de aptitudes, y tienen mucha importancia en la disminución de la transmisión de hábitos de abuso de alcohol y de otras drogas de una generación a otra. La coordinación con programas de rehabilitación en combinación con modelos de autoayuda refuerza aún más el restablecimiento de adictos crónicos.

## PERSISTENCIA DEL CONSUMO DE HEROÍNA, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Es relativamente común que los pacientes sigan consumiendo heroína al principio del tratamiento y que vayan reduciendo el consumo paulatinamente. No hay que olvidar que los pacientes en mantenimiento con metadona tienen, en la mayoría de los casos, un largo historial de adicción a opiáceos y que la sustitución farmacológica es tan sólo un aspecto. Algunas de las razones que hacen que los pacientes no cesen inmediatamente de consumir heroína a pesar de administrarles metadona, son el vivir en un grupo social cercano a las drogas, reprimir recuerdos traumáticos de abusos físicos o sexuales y enfrentarse a sentimientos dolorosos del mismo modo que lo hicieron otros miembros de su familia durante varias generaciones. La mayoría de estos graves problemas requieren una intervención a largo plazo, por lo que hace falta que los clínicos sean claros y definan sus objetivos.

Es particularmente importante que las medidas reglamentarias, que imponen normas y plazos arbitrarios, no impidan al clínico ocuparse eficazmente del paciente. El cumplimiento de determinados plazos (del tipo de «un paciente debe ser expulsado si su uso de cocaína no ha cesado en tres meses») generalmente no se corresponde con las realidades clínicas. Al contrario, estos límites deberían formularse individualmente, teniendo en cuenta la necesidad de fomentar la retención para obtener mejores resultados. En todo caso, la decisión de expulsar a un paciente solo debería ser aplicada cuando el equipo haya agotado todas las alternativas y únicamente si es evidente que la expulsión representa la solución menos mala (ver capítulo 8).

Un problema corriente en el tratamiento de mantenimiento con metadona es que el equipo, y los propios pacientes, crean que la interrupción de la inyección de drogas es el único punto hacia el cual tienden todos los esfuerzos. Mientras el consumo de cocaína es percibido como una señal de alarma, ya que desestabiliza al paciente, el consumo de otras drogas ilegales, como la marihuana, puede ser considerado, abiertamente o no, como un mal menor, excepto en casos de alteración manifiesta del comportamiento. En cuanto al consumo de alcohol, la mayoría de los pacientes consideran, al empezar el tratamiento, que es totalmente aceptable ya que es legal. Cambiar estas actitudes y las normas que las generan son actuaciones que requieren paciencia y un esfuerzo continuado.

Los programas pueden empezar a cambiar estas actitudes de diferentes maneras a través de actividades que reiteradamente indiquen que el con-

sumo de heroína no representa más que la parte visible del problema y que lo que está realmente en juego es el papel que las sustancias tóxicas (legales o no) desempeñan en la vida del paciente. En el momento de la admisión, y durante todo el tratamiento, los pacientes necesitan ser informados de que si desean que el mantenimiento con metadona tenga efectos adecuados sobre ellos, han de admitir que el consumo de alcohol y de otras drogas son un obstáculo. Los equipos y los pacientes deben concienciarse de estos aspectos para fomentar y buscar un estilo de vida sin tóxicos. En la medida en que muchos pacientes han crecido en familias en las que se consumía alcohol y otras drogas durante generaciones, se puede esperar que les cueste concebir un estilo de vida sin drogas. A menudo nos olvidamos que muchos miembros de Alcohólicos Anónimos han estado valorando durante varios años la posibilidad de asistir a una reunión antes de decidirse y que posteriormente han asistido a ellas durante muchos años antes de empezar a participar plenamente. No existe ningún motivo para esperar que los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona progresen más rápidamente. A menudo el concepto de permisividad se ha utilizado inadecuadamente, ocasionando desánimo en el equipo —en búsqueda de metas realistas— y en su deseo de resolver problemas clínicos complejos y tratarlos eficazmente. Ante la conveniencia de mejorar la retención de los pacientes para fomentar una evolución favorable, la política de expulsión por consumo de otras drogas no es, habitualmente, una medida apropiada desde el punto de vista clínico. (ver capítulo 8 para más detalles).

## PROBLEMAS PROPIOS DE LAS MUJERES

Las epidemias de sida y de consumo de cocaína han ocasionado una nueva visión de los problemas que afectan a las mujeres y han aumentado, en cierta medida, los recursos destinados a ellas. Muchas mujeres entran en tratamiento tras una larga historia de abusos físicos y sexuales en su infancia y relatan recientes agresiones de las que han sido víctimas. Cuando la paciente está estabilizada y se ha dado más o menos respuesta a sus necesidades prácticas inmediatas, el seguimiento se centra a menudo en sus relaciones íntimas, frecuentemente conflictivas y que constituyen uno de los primeros riesgos de recaída. Como rara vez las mujeres adictas tienen una función remunerada en las redes de tráfico, la prostitución es habitual e influencia negativamente sus relaciones íntimas.

La protección contra el virus del sida puede ser difícil de garantizar durante las relaciones sexuales. Las parejas sexuales de las mujeres adictas son

generalmente otros usuarios de drogas inyectables que pueden estar infectados o haber tenido prácticas de riesgo. Muchas mujeres están mal informadas o simplemente no desean hablar del problema del sexo seguro o de la utilización sin riesgo de jeringas, por temor a ser rechazadas o sufrir violencias físicas, en caso de que pidan a sus parejas usar preservativos —o cualquier otro método de protección— o desinfectar las agujas que usan. Es por ello que asistimos actualmente a un incremento del número de casos de infección por VIH y ETS en las mujeres, lo que a su vez aumenta el riesgo de infección en los recién nacidos.

Las responsabilidades que implica la educación de un hijo son un obstáculo importante para la participación regular en un tratamiento. Los obstáculos económicos y reglamentarios deben superarse para permitir que el cuidado de los hijos sea más accesible a madres/padres en tratamiento.

El tratamiento de mantenimiento con metadona permite ofrecer servicios completos, intensivos y de calidad a las mujeres embarazadas dependientes de los opiáceos. El tratamiento de mantenimiento con metadona permite alejar a la mujer adicta del entorno de las drogas y suprimir los comportamientos ilegales. Además, el tratamiento de mantenimiento puede facilitar el acceso a consejos prenatales, de nutrición y de rehabilitación psicosocial. Con una atención apropiada el pronóstico del niño se ve claramente mejorado. Estos temas son tratados en detalle en otro capítulo.

Las cuestiones de planificación familiar deben también abordarse, ya que muchas mujeres confunden esterilidad con amenorrea, siendo frecuentemente esta última el resultado del estilo de vida de la adicta. La metadona normaliza la función endocrina y es frecuente observar mujeres que quedan embarazadas al principio del tratamiento, cuando no les había ocurrido antes, a pesar de años de relaciones sexuales sin contracepción. Es posible reducir el número de embarazos inesperados y no deseados educando a la paciente desde el principio del tratamiento y reforzando las enseñanzas durante el seguimiento.

## TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA Y VIH

Actualmente está ampliamente reconocido que el tratamiento de mantenimiento con metadona puede jugar un papel clave en la disminución de la infección por el VIH. Favorecer la entrada en tratamiento representa un medio para reducir el uso de jeringuillas. Los pacientes que solici-



tan la desintoxicación con metadona pueden beneficiarse de un test al VIH, educación sanitaria y asesoramiento específico. Los participantes en un PMM disponen, además, de un lugar donde hablar de sus preocupaciones y resistencias para practicar sexo seguro y de las técnicas adecuadas de desinfección de jeringas, en el caso de que sigan consumiendo drogas. Las consecuencias positivas del tratamiento aparecen en el tiempo, a medida que el adicto abstinentemente mejora su capacidad de juicio.

Las investigaciones señalan que cuanto más tiempo los pacientes estén en un PMM más baja es la tasa de seropositividad al VIH. Estos pacientes presentan un mejor funcionamiento de su sistema inmunitario y reducen el uso de drogas inyectables y la práctica de compartir jeringas. Rigurosos estudios relativos a la metadona demuestran que se trata de una sustancia farmacológicamente segura que no genera ninguna disfunción orgánica y que normaliza las funciones alteradas por el consumo de drogas de la calle (como la función endocrina en el marco del ciclo menstrual). Otros estudios más específicos sugieren que la metadona está desprovista de efectos inmunosupresores indeseables en los pacientes en tratamiento.

Existen programas piloto que han integrado globalmente las intervenciones relacionadas con el sida en el marco del tratamiento de mantenimiento con metadona. Estas experiencias deberían ser puestas a disposición de otros programas. No cabe ninguna duda de que los equipos necesitan una formación específica para abordar los problemas de los pacientes seropositivos (ver capítulo 10). En primer lugar, es necesario que el profesional sepa hacer frente a la negación inicial, el *shock*, y/o la ira que un paciente experimenta cuando se le informa del resultado positivo de un test al VIH. Luego tiene que alentar al paciente a movilizarse de manera positiva y no autodestructiva. Si progresa la enfermedad, hay que resolver problemas prácticos generados por la deterioración y los síntomas físicos, y ayudar al paciente a elaborar estrategias de compensación. Los equipos, por su parte, deben ser apoyados ante las dificultades que ocasiona que sus pacientes enfermen y mueran. Se pueden desarrollar, *in situ* y en la comunidad, grupos de apoyo especializados y reuniones de ayuda mutua. Estos grupos deben respetar la idea de que el tratamiento de mantenimiento es compatible con los programas de ayuda mutua.

## PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN PROGRAMAS DE AYUDA MUTUA

La participación de pacientes tratados con metadona en programas de 12 etapas y en otros programas de ayuda mutua es una cuestión deli-

cada que necesita una atención particular. Hay antecedentes de gran número de pacientes que participaron en reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA) a causa de su propio alcoholismo y que, encontrando estas reuniones útiles, alentaron a otros pacientes a hacer lo mismo. El reconocimiento de los beneficios ocasionados por estas reuniones condujo —de varias maneras— a un acercamiento entre los PMM y los programas de ayuda mutua. Para entender algunas de las dificultades inherentes a estos grupos, hace falta recordar que son grupos con una fuerte tradición en reducir la jerarquía, la autoridad y la organización. A título de ejemplo, aunque los Servicios Generales de AA publiquen y distribuyan textos, tales como el fascículo *The AA Members-Medications and Others Drugs* (1984), algunos grupos locales conservan su individualidad y adoptan enfoques contradictorios con las publicaciones de AA. Esta situación puede ocasionar situaciones difíciles para los pacientes que buscan este tipo de apoyo.

Los pacientes en PMM se han sentido a menudo rechazados y discriminados de la corriente principal de los programas en 12 etapas. Incapaces de soportar tal rechazo, muchos han preferido no volver; otros, irritados, han abandonado el programa en su totalidad. Estas dificultades se utilizan a menudo para justificar la automedicación y por eso la decisión de los clínicos de alentar la participación de los pacientes en este tipo de programas conlleva algunos riesgos. En algunas comunidades cabe encontrar más problemas en Narcóticos Anónimos que en AA. En todo caso, el equipo puede derivar a los pacientes hacia reuniones más acogedoras a través de un boletín, periódicos internos y por comunicación directa del propio equipo. Probablemente no es aconsejable solicitar al paciente que participe en un programa —de 12 etapas u otro programa de ayuda mutua—, ya que los problemas encontrados pueden ser de una gran complejidad y los clínicos deben tener las manos suficientemente libres para resolverlos.

La reacción de muchos de los miembros de los programas en 12 etapas hacia la metadona ha contribuido a la creación de reuniones especialmente destinadas a pacientes tratados con metadona, en la mayoría de los casos en el mismo local del tratamiento. No existe prácticamente ninguna duda de que el proceso de ayuda mutua puede favorecer el apoyo por parte de personas no drogodependientes y reforzar el desarrollo personal de los pacientes. Sin embargo, se recomienda adoptar ciertas precauciones.

Muchos años de investigación sugieren que existe un subgrupo considerable de pacientes tratados con metadona que necesita mantenerse

en una terapia de sustitución para conservar lo adquirido. Es necesario, pues, subrayar, durante las reuniones, la importancia de los progresos alcanzados en el marco del tratamiento, independientemente de que el paciente sea o no capaz de ir disminuyendo la metadona. Se ha propuesto considerarla un medicamento ordinario y que un paciente sea considerado abstinentes si no consume ninguna sustancia psicoactiva ilegal, si emplea de manera adecuada sustancias psicoactivas legales o si no sigue consumiendo sustancias a pesar de las consecuencias negativas conocidas. Así pues, un paciente que no consume sustancias ilegales, pero que toma drogas prescritas, está en vías de curación y más particularmente si su estado mejora en lugar de empeorar. Este punto de vista insiste en el cambio de estilo de vida y en una conducta responsable y además es consecuente con la posición de los AA tal como se expone en *The AA. Member-Medications and Others Drugs*. Se puede entonces considerar que formar parte de un programa de ayuda mutua es apropiado, tanto si el paciente tiene previsto disminuir progresivamente la metadona como si no.

Es necesario insistir en la educación de los pacientes, de los equipos de tratamiento y de la población en general para transmitir este mensaje. Tal vez, se podrían compaginar estos esfuerzos con los que tienden a modificar la opinión en relación a la prescripción de psicotropos a pacientes que presentan trastornos mentales coexistentes. Aunque en un principio sea difícil, los beneficios a largo plazo ocasionados por la accesibilidad a estos grupos de ayuda mutua son extremadamente importantes.

Se han desarrollado un gran número de estrategias creativas destinadas a promover la utilización de los grupos de ayuda mutua. Una de ellas consiste en organizar, en el propio servicio de tratamiento, una reunión simulada para presentar a los pacientes el lenguaje, las costumbres y las reglas del grupo, con el fin de suscitar su interés y dejar entrever las ventajas de estas reuniones. El hecho de enseñar a los pacientes lo que se puede esperar y explicar la historia y las bases racionales del tratamiento, aumenta el grado de confianza y comprensión y disminuye su resistencia.

Un segundo paso consiste en alentar la creación de grupos de ayuda mutua más específicamente destinados a pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. En estos grupos, se podría completar o modificar el material existente. Este paso no debería ser considerado como una alternativa a los programas de ayuda mutua tradicionales, ya que permite una adaptación a las necesidades y preocupaciones propias de los pacientes en tratamiento y disminuye su sentimiento

de desvalorización por estar recibiendo metadona. Presenta el inconveniente de no ofrecer la totalidad de los recursos que ofrecen los programas tradicionales de ayuda mutua en la mayoría de las comunidades. El número y frecuencia de las reuniones tradicionales y de las actividades asociadas proporcionan una estructura de apoyo más completa a los pacientes que sean capaces de aprovecharlas.

Se espera que con el tiempo, la metadona y otros psicotropos (así como otros medicamentos relacionados como disulfiram y naltrexona) puedan ser considerados en los programas de ayuda mutua totalmente compatibles con la curación. Esta aceptación permitiría la emergencia de un elemento de vital importancia en el marco del proceso de remisión: el paciente tratado con metadona sirve de modelo y de ejemplo para aquellos que luchan por restablecerse. En la actualidad los pacientes en proceso de evolución favorable se sienten extremadamente reticentes a la idea de participar en una reunión pública a causa de la estigmatización y de las actitudes negativas asociadas al tratamiento de mantenimiento con metadona.

En resumen, se puede decir que la integración de los programas de ayuda mutua en el tratamiento de mantenimiento con metadona constituye una de las adquisiciones recientes más apasionantes. Es, sin embargo, importante no forzar, sino más bien alentar a los pacientes a participar, ya que los programas relacionan dos culturas diferentes que empiezan a conocerse por lo que este proceso de acomodación no se puede desarrollar bajo ninguna coacción.

## INTERRUPCIÓN DE LA METADONA

Es de lamentar que se siga juzgando el éxito del tratamiento de mantenimiento con metadona en función de lo que ocurre después de su interrupción ya que este criterio es a todas luces cuestionable. En un principio, muchos esperaban que, gracias a la metadona, los pacientes podrían en una primera fase cambiar de estilo de vida y posteriormente interrumpir el tratamiento. Sin embargo, la experiencia empíricamente adquirida sugiere que esto no es exactamente así. Aunque la abstinencia a corto plazo sea común, solamente entre un 10 y 20 % de los pacientes son capaces de seguir abstinentes a largo plazo tras haber interrumpido el tratamiento. Cada vez se hace más evidente que las características de este particular trastorno adictivo pueden requerir la administración de un medicamento de sustitución durante un largo período, al menos hasta que se descubran otras modalidades bioquímicas de intervención.

Se han estudiado las características psicosociales de aquellos que logran abandonar la metadona sin recaer, con el propósito de ayudar a otros pacientes a conseguir lo mismo. Llegar a liberarse de los opiáceos exige, entre otras cosas, un trabajo a nivel de la estructura de la personalidad, de los problemas familiares, de las aptitudes profesionales, de las relaciones afectivas, de la higiene y del ocio. A partir de nuestra experiencia personal, los pacientes expresan un miedo intenso ante la idea de intentar disminuir progresivamente el tratamiento con metadona, miedo que parece a fin de cuentas justificado, dada la baja tasa de éxito a largo plazo. Parece, por otra parte, que las diferencias fisiológicas son variables esenciales, tal y como Dole & Nyswander lo sugerían al principio. Actualmente, los progresos técnicos realizados nos permiten comprender mejor estos fenómenos y se espera que esta década traiga consigo unos conocimientos más amplios al respecto.

Los mismos cambios en el estilo de vida que permitieron al paciente alcanzar la abstinencia durante el tratamiento con metadona son también esenciales para seguir sin consumir tras la interrupción del tratamiento. Es crucial estar profundamente motivado y distanciarse de las subculturas o de los grupos sociales que favorecen el consumo de alcohol o de drogas. Es importante implicarse en un sistema de apoyo social que refuerce y recompense activamente la abstinencia. Un sistema de apoyo de este tipo puede, entre otras cosas, incluir actividades relacionadas con el programa de tratamiento, la participación en un grupo de ayuda mutua, la colaboración de la familia, el compromiso al trabajo o a los estudios y cualquier otra actividad capaz de reforzar la integración social. Es necesario, además, tener en cuenta otros trastornos del paciente, como la depresión, a fin de reducir los riesgos de recaída. Por último, la práctica de sanas actividades de ocio como el deporte, la danza o cualquier otra actividad física, que ya ha dado resultados positivos en muchos casos, es un elemento clave.

Debemos profundizar aún más en nuestros conocimientos relativos a las características bioquímicas y sociales de aquéllos que consiguieron dejar progresivamente la metadona. Esperamos que los factores bioquímicos implicados serán identificados gracias a los avances tecnológicos. En segundo lugar el tratamiento eficaz de los trastornos asociados y su relación con la abstinencia duradera constituyen un futuro campo de investigación. Un tercer tema para futuras exploraciones será la relación que existe entre la abstinencia del alcohol y la de opiáceos.

Por el momento, es deseable crear un clima propicio para apoyar al paciente en su decisión de intentar interrumpir la metadona, dando

también valor a la opción de que continúe en una terapia de sustitución. El cambio duradero en el estilo de vida es un elemento clave para el éxito de la disminución progresiva de metadona. El carácter intrusivo del tratamiento de mantenimiento y su estigmatización son motivos suplementarios para brindar este tipo de apoyo a los pacientes. Sin embargo, es igualmente importante que el personal y los pacientes adopten una actitud que permita proseguir o volver a emprender el tratamiento, con una pérdida mínima de autoestima. Ocurre frecuentemente que los pacientes desvalorizan los grandes progresos que han logrado, como si no contasen, porque continúan en metadona. Se debe enseñar a los pacientes y al personal los principios del tratamiento con un producto de sustitución, estableciendo por ejemplo, un paralelismo con la insulina o las hormonas tiroideas. Es probable que un día se confirme que la dependencia a los opiáceos es una enfermedad, como es el caso para el alcoholismo, y que esto reduzca el estigma que representa el mantenimiento con metadona. Mientras tanto, es fundamental insistir en que la modificación del estilo de vida del paciente es la principal prioridad (ver capítulo 11).

## FORMACIÓN DEL PERSONAL

La formación del personal a todos los niveles es un elemento clave para mejorar la calidad de la atención. Por ejemplo la ASAM integra, cada vez más, el tratamiento de mantenimiento con metadona en los cursos de formación que ofrece. Es importante desarrollar y poner en marcha tanto las actividades de formación para médicos, con el propósito de mejorar la uniformidad de la atención en base a la rápida evolución de los conocimientos en este campo, como sistemas optimizados de difusión rápida de las informaciones relativas a los avances farmacológicos realizados. No se debe cometer el error de pensar que los diplomas en medicina y los certificados profesionales preparan, por sí mismos, a un miembro del equipo terapéutico para tratar todos los problemas de las adicciones, ni tampoco los que son específicos al tratamiento de mantenimiento con metadona. Hace falta, pues, que la formación esté garantizada *in situ*, utilizando simultáneamente todos los medios disponibles en la región.

Aunque exista un amplio abanico de posibilidades de formación en el ámbito del tratamiento del alcoholismo y de las adicciones, son raras las que incluyen un abordaje en profundidad del tratamiento con metadona, a pesar de que estos programas empleen a un gran número de personas. Puede ser contraproducente exigir a los profesionales del

tratamiento de mantenimiento con metadona que participen en esos planes de formación, ya que podría enfrentarles con actitudes negativas de responsables de programas de tratamiento centrados en la abstinencia, al ofrecerles medios o instrumentos prácticos adaptados a los pacientes en mantenimiento con metadona. Así, antes de alentarles vivamente a participar, en un primer tiempo habría que ocuparse de que los programas de formación existentes no se limiten únicamente a evocar la necesidad de incluir informaciones específicas sobre la metadona.

Los profesionales en materia de abuso de sustancias necesitan formación sobre la manera adecuada de hacer frente a los problemas prácticos de los pacientes. Los profesionales que tengan que tratar los trastornos psiquiátricos más complejos necesitan una revisión completa del conjunto de las prácticas y los principios actuales en materia de tratamiento de mantenimiento con metadona. Si bien los miembros del equipo ex-drogodependientes rehabilitados pueden aportar una valiosa contribución, es crucial que no manifiesten actitudes negativas en lo que se refiere a estar en tratamiento con metadona y que no pretendan que sólo existe una manera correcta de alcanzar la curación.

Una buena formación es un elemento primordial para aumentar las capacidades, devolver el ánimo y elevar el nivel de comprensión. Posteriormente, es importante que el personal participe en conferencias, talleres y en la formación realizada en el propio centro, ya que además de aportar informaciones y habilidades, eleva la moral. Al mismo tiempo, es deseable promover la difusión de publicaciones que expongan los avances en la investigación. Así, por ejemplo, los Estados podrían difundir boletines y comunicados destinados a mantener a los médicos al corriente de las últimas evoluciones acontecidas en sus áreas de especialización.

## RESUMEN

Este capítulo revisa algunos de los principales problemas a los que deben hacer frente los equipos de los PMM. Para aprovechar los importantes beneficios de los tratamientos con metadona será necesario disponer de subvenciones adecuadas y estar dispuestos a utilizar nuestros conocimientos para revisar las políticas y las reglamentaciones existentes. Los sistemas de autorización de tratamiento deben ser actualizados y simplificados con el propósito de favorecer un nivel de atención homogéneo sin excesivas restricciones. Las autoridades que establecen las reglamentaciones deben ocuparse de fomentar, en vez de penalizar,

los programas dispuestos a afrontar y resolver problemas clínicos complejos.

Es necesario realizar un mayor esfuerzo en la formación, para poder evitar la desmoralización de los equipos y así mejorar sus competencias frente a las múltiples y complejas situaciones con las que se enfrentan. Es necesario disponer de recursos más específicos, como psicoterapeutas adecuadamente formados, para poder tratar aquellos pacientes en los que coexisten problemas de abuso de alcohol, drogas y trastornos de salud mental. Las estrategias dirigidas a los pacientes que consumen heroína, alcohol y otras drogas deberían ser redefinidas.

Un mayor esfuerzo es necesario para atender las necesidades complejas de mujeres en tratamiento, particularmente las mujeres embarazadas, y ofrecer servicios tales como la atención a la infancia para reducir los obstáculos a la plena participación de las mujeres en el tratamiento. Un número creciente de pacientes infectados por el VIH necesitan servicios que respondan a sus específicas necesidades; estos servicios deberían estar integrados en la globalidad del programa. El tratamiento de mantenimiento con metadona tiene la particularidad de que el equipo sigue a los pacientes regularmente sobre un largo período de tiempo; por ello es necesario un refuerzo en el sistema de apoyo a los equipos para hacer frente al número creciente de pacientes en estado terminal.

Los programas deben explorar la manera adecuada de integrar programas de autoayuda teniendo en cuenta las dificultades de esta tarea. Se debe recordar a los pacientes que deseen interrumpir el mantenimiento con metadona que la principal prioridad es la perspectiva de cambio del estilo de vida, más importante incluso que la misma desintoxicación de metadona. El equipo debe estar formado adecuadamente en función de las necesidades particulares de los PMM.

Para alcanzar los objetivos definidos en este capítulo es fundamental disponer de una planificación a largo plazo y destinar los presupuestos necesarios. Aunque esta tarea sea de gran envergadura, la combinación de nuestra experiencia clínica y de las investigaciones empíricas sobre la naturaleza de la dependencia de narcóticos y sobre la identificación de los elementos eficaces en el tratamiento, nos aportan nuevos instrumentos para alcanzar nuestras metas.

## RECOMENDACIONES

- Revisar los reglamentos de Estado actualmente en vigor con el propósito de determinar si producen realmente los efectos deseados y



reducir las trabas, con el fin de atraer y retener a los pacientes en tratamiento. Por ejemplo, atención a la infancia para facilitar el acceso de pacientes con hijos.

- Aumentar los recursos a disposición de los programas, incluyendo apoyo logístico.
- Asegurarse que se realice una correcta valoración clínica completa del estado de los pacientes, que las pautas del tratamiento estén establecidas de manera individual y que se fijen objetivos a corto y a largo plazo. Conviene especificar el nivel, la duración y la frecuencia de las actividades de apoyo y registrar las circunstancias que provocan cambios en esta planificación.
- Simplificar la gestión de las historias clínicas, disminuir el tiempo que el personal dedica al trabajo administrativo y mejorar la calidad de los registros.
- Elaborar protocolos que permitan monitorizar el consumo de alcohol y de otras drogas, así como la actividad de pacientes a largo plazo para que puedan beneficiarse de un marco de tratamiento más flexible. Vigilar los signos de posibles recaídas.
- Ofrecer una psicoterapia especializada suplementaria para pacientes con trastornos psiquiátricos. Coordinar el apoyo en materia de drogas y la psicoterapia y garantizar a los pacientes el acceso a médicos con conocimientos apropiados en las prescripciones a drogodependientes.
- Poner a disposición de los pacientes programas de orientación y servicios de formación profesional, así como cursillos de padres.
- Hacer todo lo posible por retener a los pacientes en tratamiento. Pocas veces es adecuado expulsar a los pacientes que presentan comportamientos característicos de la adicción a drogas. No se puede concebir la expulsión sin haber agotado todas las otras posibilidades y sólo cuando parezca evidente que la expulsión es la solución menos mala.
- Incluir actividades que permitan disminuir el papel que las sustancias (no sólo la heroína) juegan en la vida de los pacientes y subrayar la importancia de adoptar un nuevo estilo de vida sin drogas ni alcohol, con el fin de que el tratamiento dé buenos resultados.
- Abordar los problemas propios de las mujeres, tales como las relaciones sexuales, la prevención del VIH y otras ETS, atención a la infancia, embarazo y planificación familiar.

- Integrar en el tratamiento de mantenimiento con metadona intervenciones relacionadas con el sida y la asistencia a los múltiples aspectos relacionados con la infección VIH. Ofrecer apoyo al personal y grupos de ayuda mutua para los pacientes afectados por el VIH y sus familiares.
- Alentar a los pacientes a participar en programas de ayuda mutua cuando esté indicado y acepten pacientes tratados con metadona.
- Ayudar a los pacientes que desean interrumpir la metadona a resolver sus pautas de comportamiento, sus relaciones interpersonales y familiares, sus habilidades profesionales, el cuidado de su salud, sus actividades de ocio y a evitar otros problemas que podrían conducir a la recaída.
- Desarrollar y reforzar la formación de los equipos y facilitar la difusión de informaciones relativas a los progresos realizados, particularmente en el campo de la farmacología.

## BIBLIOGRAFÍA

REGIER, D.A.; FARMER, M.E.; RAE, D.S.; LOCKE, B.Z.; KEITH, S.J.; JUDD, L.L. and GOODWIN, F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association* 19(264): 2511-2518, 1990.

WOODY, G.E.; LUBORSKY, L.; McLELLAN, A.T.; O'BRIEN, C.P.; BECK, A.T.; BLAINE, J.; HERMAN, I. and HOLE, A. Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Archives of General Psychiatry* 40: 639-645, 1983.

## LECTURAS ACONSEJADAS

BALL, J.D. and ROSS, A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag, 1991.

ZWEBEN, J.E. and PAYTE, J.T., eds. Opioid dependence and methadone treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 23(2), 1991.

ZWEBEN, J.E. and PAYTE, J.T. Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence: A current perspective. *The Western Journal of Medicine* 152(5): 588-599, 1990.



## POLÍTICAS Y CRITERIOS DE ADMISIÓN

JOHN LANGROD, PH. D.

### INTRODUCCIÓN

El proceso de admisión es probablemente la etapa más importante del tratamiento de mantenimiento con metadona, ya que constituye el inicio de la transición del adicto de la calle hacia el paciente en tratamiento. El individuo descubre, por primera vez, el sistema terapéutico, sus servicios, sus reglas y sus exigencias. Lo que ocurra en esta fase determinará la actitud, las preocupaciones y la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Esta primera experiencia debe ser positiva para incentivar al paciente, evaluar sus principales problemas y necesidades y establecer las bases de la intervención clínica. Por ello, es importante que los PMM dispongan de un equipo cualificado, bien formado, un entorno acogedor que favorezca el inicio del proceso de tratamiento, para que la evaluación de las necesidades de los pacientes y su orientación al programa y sus servicios se realicen de manera eficaz y correcta.

### ENTORNO

Las clínicas independientes, así como los PMM múltiples (que disponen de varios centros terapéuticos) acogen a los pacientes en sus propios locales. Los PMM de ubicaciones o modalidades múltiples tienen a menudo un protocolo de admisión centralizado; de este modo un paciente es examinado y, una vez tomada la decisión de ingreso en el programa, se le remite al servicio asignado.

El entorno juega un papel de extrema importancia. Idealmente, lo más favorable, es conseguir una atmósfera acogedora que favorezca la rehabilitación de los pacientes, claramente diferenciada del entorno hostil en el cual viven muchos drogodependientes. La confidencialidad es esencial para instaurar un clima de dignidad y de confianza entre los pacientes y el programa. La sala de espera debe estar limpia, bien iluminada y amue-

blada de manera acogedora. Debería disponer de material de lectura didáctico y permitir la proyección de películas de vídeo educativas sobre el VIH, las relaciones sexuales sin riesgo, las drogodependencias, el embarazo, las habilidades parentales y la prevención de las drogodependencias. También podrían facilitarse bebidas y alimentos si la valoración, la evaluación o la orientación de los pacientes durase varias horas.

## PERSONAL

Los responsables de las entrevistas de admisión deben prestar atención a las necesidades humanas y estar familiarizados con los reglamentos, las políticas, los servicios, las posibilidades de asistencia y otros recursos terapéuticos para orientar los casos urgentes. Deben también ser sensibles a las diferencias de cultura y de sexo, ser bilingües si la población lo requiere y, en la medida de lo posible, reflejar las características demográficas de los pacientes atendidos.

El número de personas y las características del equipo responsable de las admisiones debe adaptarse a la estructura y capacidad del programa, al conjunto de servicios que se ofrecen y al número de pacientes que se deben visitar. Es esencial disponer de un equipo adecuado para que los pacientes que deseen iniciar el tratamiento no tengan que esperar demasiado tiempo. Lo ideal es que el equipo de admisión de un programa de ubicación múltiple se componga de un médico y/o un médico residente, un responsable de las admisiones y una secretaria. A menudo, es útil que uno de los miembros del equipo sea un exadicto con experiencia en tratamiento. En el caso de los programas que se desarrollan en un sólo lugar, los miembros del equipo pueden ser formados para ocuparse ellos mismos de las admisiones.

## EXIGENCIAS PARA LA ADMISIÓN

La admisión de un paciente a tratamiento de mantenimiento con metadona está regida por reglas federales (21 CFR, part 291) y estatales. Para ser reconocidos por la JCAHO (*Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations*) o la CARF (*Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*), los programas deben también someterse a otras exigencias. Si un programa se desarrolla en un hospital, es particularmente importante que se ajuste a las reglas de la JCAHO, ya que en caso contrario se corre el riesgo de comprometer la acreditación de toda la institución (JCAHO 1991). Generalmente, para poder ingresar en un tratamiento de mantenimiento con metadona los reglamentos federales exigen que la persona tenga una historia docu-

mentada de al menos un año de adicción a narcóticos. La edad mínima es de 18 años, pero los individuos entre 16 y 18 años pueden ser admitidos con el consentimiento de sus padres y si documentan haber fracasado en dos curas de desintoxicación.

## PLAZOS DE ADMISIÓN Y DE ORIENTACIÓN

Los PMM deben reconocer la necesidad de evaluar a los solicitantes sin demora. Un equipo experimentado debe poder valorar rápidamente cualquier demanda relacionada con la admisión, ya sea por teléfono o en presencia de la persona, de manera que sea factible una selección preliminar en el momento mismo de la solicitud. Aquellos candidatos que se consideran apropiados para el tratamiento de mantenimiento con metadona deben ser convocados para un examen físico completo y una evaluación. Los solicitantes que no cumplan los requisitos deben ser derivados hacia otras modalidades de tratamiento.

Si el candidato reúne los criterios de admisión y el PMM está completo, el equipo de admisión debe informarle en seguida de la existencia de la lista de espera y orientarlo hacia otro de los programas de tratamiento disponibles que pueda responder a sus necesidades y tratarlo rápidamente. Este procedimiento puede verse facilitado por un sistema de admisión centralizado. Si el candidato acepta la derivación a otro programa, un simple contacto telefónico directo con uno de los miembros del equipo de admisión puede agilizar el proceso. Si a pesar del período de demora el candidato solicita la admisión en el PMM en cuestión, el proceso debe seguir su curso y el nombre del candidato debe inscribirse en la lista de espera del programa. Favoreciendo los acuerdos y la relación entre los distintos PMM se facilita la creación de una red que asegure una rápida derivación y posiblemente reduzca las listas de espera.

Es importante que los PMM establezcan unos criterios para identificar los pacientes cuya admisión es prioritaria, especialmente cuando el programa ha alcanzado su capacidad máxima. Así, por ejemplo, algunos programas admiten sin demora a mujeres embarazadas, cónyuges drogodependientes de pacientes ya en tratamiento, individuos con VIH u otras enfermedades graves y a los antiguos usuarios que han realizado un tratamiento con éxito y que necesitan de nuevo un tratamiento con metadona.

## EXAMEN DE CANDIDATOS Y DETERMINACIÓN DE SU ELEGIBILIDAD

El examen de los candidatos posibilita la entrada voluntaria en tratamiento para los adictos que se ajustan a los criterios de admisión en

vigor en el país, Estado y programa. Según las directivas federales, los programas deben garantizar que todos los candidatos sean examinados y, si son considerados apropiados, incorporados al tratamiento sin discriminación (*Americans with Disabilities Act, 42 USC, sec. 12101*). Si los candidatos presentan necesidades especiales en relación con una discapacidad deben tomarse las medidas necesarias, como por ejemplo disponer de personal que sepa comunicarse por signos o hacer que los locales sean accesibles a personas que necesitan silla de ruedas, a menos que el programa pueda justificar que dichas adecuaciones ocasionarían gastos excesivos.

Cada candidato a tratamiento debe responder a los criterios federales mínimos de admisión. En el marco de los esfuerzos realizados para asegurar la calidad de la asistencia, los PMM deben establecer y revisar regularmente los criterios utilizados para evaluar la calidad de la asistencia. Es importante que los PMM utilicen los instrumentos de evaluación existentes o que desarrollen otros que puedan proporcionar una planificación global del tratamiento. Esto debe ayudar al equipo a identificar los problemas médicos, psiquiátricos, jurídicos, de abuso de sustancias, educacionales, profesionales, financieros, familiares y otros. Muchos programas utilizan el ASI (*Addiction Severity Index*) pero existen otros instrumentos de evaluación que pueden ser utilizados. Al redactar este trabajo, ningún instrumento de evaluación ha sido específicamente desarrollado para los PMM, aunque el NIDA está estudiando la viabilidad de un instrumento de este tipo en el marco de su iniciativa MTQAS (*Methadone Treatment Quality Assurance System*).

Se recomienda que todo el personal que participa en el proceso de admisión revise periódicamente la reglamentación en vigor, tanto a nivel federal como estatal.

A pesar de que muchos candidatos carecen de documentos oficiales, porque viven en la calle, el proceso de admisión debe determinar los siguientes datos, ya que tiene implicaciones clínicas y constituye una parte necesaria del protocolo de admisión:

- *Identidad*. Habitualmente, la identidad de un paciente está establecida por un documento como el DNI, carnet de conducir, certificado de nacimiento o de bautizo, pasaporte, tarjeta de la seguridad social, tarjeta de la Asistencia Pública y/o tarjeta de identificación de otro programa de tratamiento de la drogodependencia.
- *Drogodependencia actual*. En la medida de lo posible, es preciso determinar previamente el grado de dependencia a los opiáceos, la vía

de administración y la antigüedad del consumo de narcóticos o opiáceos. Son una excepción a estas normas federales: los pacientes que se han desintoxicado de la metadona con éxito en el transcurso de los dos últimos años y los que han salido de la cárcel o de una institución de asistencia crónica. La adicción debe ser verificada por marcas antiguas o recientes de inyección, un tratamiento previo o una detención debida al consumo de drogas.

- *Edad.* Tal como lo hemos mencionado anteriormente, el candidato debe tener, como mínimo, 18 años y depender de los narcóticos desde al menos un año. En caso que el candidato fuera menor de 18 años, el programa debe verificar que su dependencia se remonta al menos a dos años, que ya ha intentado dos tratamientos sin éxito y que tiene la autorización de sus padres o de su tutor legal. Si no se dispone de una autorización especial de las autoridades federales, los candidatos menores de 16 años no pueden ser admitidos en un PMM. En la medida que los PMM implican la administración cotidiana de un medicamento que conlleva dependencia, la admisión de jóvenes pacientes (menores de 18 años) sólo debería considerarse tras una larga y metódica reflexión.

- *Consumo de otras drogas.* Muchos programas y pacientes consideran que el mantenimiento con metadona es un tratamiento exclusivamente destinado a los opiáceos. Algunos programas carecen de las competencias necesarias para tratar los problemas planteados por otras drogas. Sin embargo, muchos de los pacientes abusan de los opiáceos y también del alcohol y de otras drogas. Alcohol, cocaína y benzodiazepinas son actualmente las principales drogas que consumen los pacientes de los PMM. Para que el tratamiento sea global y tenga éxito, es necesario que los programas detecten y aborden los problemas de estas drogas. Hace falta pues reunir informaciones relativas a todas las drogas consumidas (tabaco y alcohol incluidos), las vías de administración, la duración del consumo y las cantidades consumidas. Para los pacientes gravemente dependientes del alcohol y/o de los tranquilizantes puede ser necesario prescribir una cura de desintoxicación en ámbito hospitalario antes de empezar el tratamiento ambulatorio.

- *Comportamiento de alto riesgo.* El equipo deberá evaluar en qué medida el comportamiento del paciente implica un riesgo elevado de infección por VIH.

- *Antecedentes de tratamiento.* Deben recogerse las informaciones relativas a tratamientos anteriores, consumo de otras drogas, fechas y duración de los mismos y causas del abandono. Además, en la medida de

lo posible, se debería obtener la autorización para conseguir dichos historiales, con el propósito de facilitar la planificación del tratamiento.

- *Datos personales.* Debe elaborarse una historia clínica que contemple las características personales del paciente, incluyendo antecedentes y situación actual en cuanto a empleo, educación, causas penales, servicio militar, familia e informaciones psiquiátricas y médicas.
- *Motivo del tratamiento.* Es importante pedir al paciente la razón por la cual desea entrar en tratamiento, por qué escogió este programa y si comprende correctamente las diferentes opciones de tratamiento y las características y exigencias del mantenimiento con metadona.
- *Controles de orina.* Los reglamentos federales exigen que el paciente entregue una muestra de orina para analizar la presencia de drogas. Se espera que el resultado de la prueba detecte la presencia de opiáceos. Un resultado negativo no excluye la admisión, pero es importante examinar las razones por las que dicho resultado es negativo. Por otra parte, la prueba puede detectar la presencia de otras drogas, lo que permite ampliar las decisiones terapéuticas.

## EVALUACIÓN MÉDICA DE LOS PACIENTES

El examen médico inicial del paciente es un elemento esencial de la planificación del tratamiento y de la intervención terapéutica, por el hecho de que los drogodependientes se presentan generalmente con múltiples necesidades y problemas médicos. Mientras que el equipo auxiliar puede encargarse de reunir las informaciones sobre los antecedentes del paciente, sólo el médico está capacitado para tomar la decisión final de admitir al paciente y prescribirle el mantenimiento con metadona. El equipo médico debe completar las siguientes etapas:

- *Determinar la dependencia actual.* Determinar por historia, examen y análisis el grado actual de dependencia a los opiáceos del candidato y, en la medida de lo posible, la duración de la dependencia a narcóticos y/o opiáceos. Esta evaluación debe incluir un examen físico para determinar la presencia de signos clínicos de adicción, tales como señales antiguas o recientes de inyección, pupilas dilatadas o contraídas, erosión o perforación del tabique nasal y estado de sedación. El examen debe evaluar la presencia, observable o descrita, de síntomas de abstinencia tales como bostezos, rinorrea, lagrimeo, escalofríos, agitación, irritabilidad, transpiración, pilo-erección, náuseas y diarreas. En ausencia de tales síntomas, algunos médicos han considerado la administración de naloxona para inducir estos síntomas y así poder docu-



mentar la dependencia actual. Muchos otros han criticado esta práctica, declarando que no era necesaria, que provocaba un estrés innecesario y trastornaba al paciente en este momento crítico.

- *Historial médico y familiar.* Se debe establecer un historial médico completo incluyendo una anamnesis actual con el propósito de determinar los trastornos médicos crónicos o agudos tales como diabetes, enfermedades renales, hepatitis, exposición al VIH, tuberculosis, ETS, otras enfermedades infecciosas, drepanocitosis o anemia, embarazo y enfermedades cardio-pulmonares crónicas. Estos datos son esenciales ya que los programas elaboran unos servicios de asistencia primaria y siguen viendo a pacientes expuestos a tuberculosis, VIH y otras enfermedades infecciosas. Es preciso también conocer los antecedentes personales del paciente y estar al corriente de todo tratamiento médico en curso. Los pacientes deben comprender la amplitud de los servicios médicos ofrecidos por el programa y saber que deberían señalar a cualquier médico o dentista que los atienda que siguen un tratamiento de mantenimiento con metadona. De la misma manera, deberían recogerse los casos de embarazo, actual o previo y la participación en cursillos prenatales. Por último, el paciente debería dar su acuerdo para la recopilación de sus historiales médicos de las diferentes instituciones que lo hayan tratado (ver Anexo 1). También es necesario reunir los datos relativos a la familia, incluyendo sexo y fecha de nacimiento de los hijos, saber con quien viven éstos, así como los antecedentes familiares médicos y de uso de drogas.

- *Determinar la elegibilidad al tratamiento.* El médico que se ocupa de la admisión es el responsable de informar sobre las posibilidades de tratamiento y de tomar la decisión final de admitir, o no, al paciente. Este criterio debe apoyarse en la certeza de que el tratamiento requerido por el paciente es compatible con las características del programa. El médico debe informar al paciente que el tratamiento prescrito puede ser dispensado en el mismo centro o en otro centro afiliado.

- *Explicar el proceso del tratamiento.* Deben explicarse al paciente las opciones de tratamiento, incluyendo las alternativas con terapias menos intensivas y restrictivas, así como otras opciones terapéuticas y las posibilidades de éxito o de fracaso de cada una, los beneficios y los riesgos. El médico de admisiones debe informar a los candidatos de los resultados de la evaluación y explicar el proceso del tratamiento. Además, debe explicar claramente las propiedades farmacológicas de la metadona y determinar la documentación adicional necesaria para apoyar la admisión del paciente, incluyendo los resultados de los

análisis de orina y los historiales médicos de otros programas de tratamiento. Para todos los candidatos considerados admisibles debe efectuarse un reconocimiento físico completo, unos análisis de sangre generales, una evaluación psicosocial, un plan de tratamiento preliminar y una orientación en el transcurso del proceso de admisión (ver Anexo 2, como ejemplo de los análisis biológicos a efectuar en el momento de la admisión). Los programas deberían establecer protocolos para garantizar que todas las etapas han sido realizadas en los plazos correspondientes y tomadas en cuenta en el momento de la elaboración y puesta en marcha del plan de tratamiento. Una vez terminado el proceso de admisión, la primera dosis de metadona debe ser prescrita cuanto antes. Los reglamentos federales exigen que la dosis inicial prescrita a un nuevo paciente no supere los 30 mg con un total máximo de 40 mg el primer día (21 CFR §291.505(d)(6)(i)(A)). En caso de que una dosis superior sea necesaria, es preciso obtener una autorización de las autoridades federales. Es competencia del médico que progresivamente el paciente alcance una dosificación adecuada para el tratamiento de mantenimiento (ver capítulo 5).

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La admisión de un paciente precisa importantes formalidades administrativas. Conviene pues explicarle lo que representan los formularios y consentimientos que debe firmar. Algunos pacientes aceptan firmar cualquier cosa con tal de ser admitidos, pero es importante que el equipo no se aproveche de ello y se tome el tiempo de explicarle para qué sirve cada documento. El candidato debe recibir una explicación completa y honesta sobre la necesidad de cada formulario y sus derechos y dignidad deben ser respetados en el transcurso de todo el proceso.

Para poder empezar el tratamiento, los reglamentos federales exigen que el paciente firme un consentimiento informado para la participación en mantenimiento con metadona (21 CFR §291.505(d)(1)). Todos los pacientes deben ser informados de sus derechos y responsabilidades en lo que se refiere a la confidencialidad, la organización interna y servicios que se ofrecen.

Los programas deben recoger el consentimiento del paciente en el formulario FDA (2635) concebido para este propósito (Consentimiento al tratamiento con metadona; Anexo 3). Este formulario asegura que el paciente acepta voluntariamente recibir un tratamiento de mantenimiento con metadona. Está compuesto por distintas secciones destinadas a las pacientes y los pacientes de menos de 18 años.

Al mismo tiempo, muchos programas solicitan otros consentimientos para agilizar la admisión y mejorar el tratamiento. Así, el acuerdo del paciente para obtener sus historiales de otros servicios y/o hospitales permitirá al equipo asistencial realizar una mejor evaluación. Conviene también obtener el acuerdo del paciente para notificar su admisión en el registro central (con el propósito de evitar la inscripción en más de un PMM) y para permitir al programa facturar directamente los honorarios al seguro médico.

Algunos PMM solicitan además al paciente firmar otros acuerdos escritos relativos a las propias características del programa en lo que se refiere a las tarifas, la prevención del desvío de la metadona al mercado ilegal, merodear por las inmediaciones o callejeo, incidentes que ocurran en la comunidad, conservación adecuada de la medicación en el domicilio y otras cuestiones importantes. Los programas deben ser conscientes de que numerosos candidatos están extremadamente ansiosos durante el procedimiento de admisión. Puede resultar necesario revisar con el paciente los numerosos formularios y consentimientos después de unas semanas, una vez que esté más estable y en mejores condiciones para entender claramente estos documentos.

## READMISIÓN

Todos los pacientes que soliciten ser readmitidos deben ser objeto de las mismas consideraciones, derechos, obligaciones y servicios que los admitidos por primera vez. Los procedimientos de readmisión deben diferenciarse en función de los criterios que se especifiquen en los reglamentos y disposiciones en vigor en los programas. Sin embargo, para su readmisión, se pueden valorar los esfuerzos pasados, su implicación y resultados obtenidos en el tratamiento previo, la regularidad de su presencia, los motivos de su abandono, su cooperación, sus necesidades actuales y el tiempo durante el cual estuvo sin tratamiento. Antes de cualquier visita, el responsable de la admisión debería obtener y examinar su historial de tratamientos anteriores en el programa y/o obtener las informaciones apropiadas de otros programas.

Las reglas de readmisión deben ser claramente expuestas a todos los pacientes. Algunos programas rehusan readmitir a aquellos pacientes que han sido expulsados por violación de los reglamentos y otros son contrarios a aceptarlos si no ha transcurrido un período determinado.

Hace falta subrayar que el principio del tratamiento de mantenimiento con metadona es que las personas puedan cambiar, y cambian, sus comportamientos, en particular cuando reciben un trato humano de

calidad. Este es el motivo por el cual, salvo algunas excepciones, no conviene negar la readmisión de los pacientes en base a sus antecedentes o a su participación anterior en el programa. Los candidatos que solicitan ser readmitidos han de poder disfrutar del beneficio de la duda y una vez aceptados de nuevo, el equipo, en su trato, debe tener en cuenta que se trata de una nueva tentativa para resolver problemas de abuso de sustancias, médicos o sociales. El comportamiento pasado no debe ser reprochado, ni interferir con el tratamiento en curso. Al mismo tiempo, el mantenimiento con metadona requiere esfuerzos por parte del paciente y del equipo. El compromiso y la motivación de éste son importantes criterios pronósticos para un resultado positivo.

## INFORMACIÓN A LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO

Es esencial una buena información a los pacientes para que estén plenamente integrados en el sistema terapéutico. Deben recibir una información completa y comprensible relativa a los principales aspectos del tratamiento. Numerosos programas resumen sus reglas y procedimientos terapéuticos en un folleto que pueden leer en casa o con algún miembro del equipo. En este caso, se debe prestar atención para que el folleto sea fácil de leer y comprensible. Si un número importante de pacientes habla un idioma distinto, es preciso que este folleto (así como todos los documentos a firmar) estén disponibles en este otro idioma. La información debe incluir los puntos siguientes:

- *Declaración de los objetivos.* Cada PMM ha de desarrollar este tema de manera individual. El enunciado de los objetivos debe tener en cuenta la filosofía del programa en materia de dependencia a estupefacientes y otras drogas, de la mejoría de la salud física y emocional de los pacientes y de su calidad de vida.
- *Servicios ofrecidos por el PMM.* Es conveniente ofrecer una buena descripción del centro terapéutico, su ubicación y sus horarios, los pasos a seguir en caso de emergencia y un listado de los servicios médicos ofrecidos, incluyendo los requisitos iniciales, las pruebas médicas anuales, los análisis de orina y los servicios en materia de infección al VIH. Hace falta precisar a los pacientes cuales son los servicios psicosociales y de apoyo facultativos y obligatorios, tales como los consejos en materia de consumo de drogas, alcoholismo, prevención de las recaídas, los servicios familiares y para niños, las intervenciones psiquiátricas, la orientación y formación profesional, las consultas de VIH,

la educación en materia de higiene, la orientación jurídica y las posibles derivaciones.

- *Dispensación de la medicación.* Este punto debe incluir informaciones relativas a la metadona, tales como dosificación y efectos secundarios, consejos generales, responsabilidad del paciente en cuanto a la toma de la medicación, instrucciones relativas a la metadona para llevar, devolución de los frascos vacíos, procedimiento para solicitar la medicación para viajar o para emergencias, conservación segura y adecuada de la metadona en el domicilio y las informaciones relativas a la disminución progresiva de la dosis, siempre y cuando esto sea posible.
- *Responsabilidad de los pacientes.* Es preciso explicar claramente a los pacientes que a partir del momento en que entran en tratamiento tienen responsabilidades. Para estar activamente implicados, los pacientes necesitan acudir al centro asistencial según las pautas previstas, tomar parte en la elaboración de su propio plan terapéutico, trabajar en la dirección de los objetivos del tratamiento, acudir a las visitas con el médico y con el referente psicosocial y participar en grupos cuando sea necesario. Deben respetar las reglas establecidas. También deben saber cómo obtener más información o donde dirigirse para discutir las decisiones con las que no se está de acuerdo.
- *Derechos de los pacientes.* Los pacientes que entran en un PMM tienen derecho a ser atendidos sin discriminación, con dignidad y respeto a la confidencialidad y privacidad en todos los aspectos del tratamiento, excepto en lo que exigen las leyes. Han de ser informados de los servicios disponibles en el propio programa y de los que están disponibles a través de derivación. Deben saber cómo conectar en caso de una emergencia fuera del horario del PMM. Han de obtener informaciones completas sobre su diagnóstico, su plan de tratamiento y el posible pronóstico y su capacidad para acabar o rehusar el tratamiento. Tienen derecho a que se les explique las consecuencias médicas de las decisiones terapéuticas y a una disminución progresiva de la dosis de metadona, bajo control médico, cuando el tratamiento sea interrumpido por cualquier motivo. Han de poder conocer el coste de su tratamiento y saber qué compañías de seguros médicos cubren el programa. Les cabe negarse a participar en proyectos de investigación y pueden emitir reclamaciones sin ser penalizados, así como proponer cambios relativos a los servicios y a la asistencia.
- *Reglamentos y procedimientos.* Es preciso decir a los pacientes, en el momento de su admisión, que los PMM están íntegramente regidos

y controlados por instancias federales, estatales o, a veces, locales, y que por ello, existen muchas reglas, reglamentos, directivas y procedimientos que se deben respetar. Los programas deberían entregar a los futuros pacientes un ejemplar de las reglas y reglamentos, explicarlas de manera clara para que el paciente pueda comprenderlas y decidir con todo conocimiento si entran o no en el tratamiento. El desvío de las dosis de metadona para llevar es un problema importante. Algunos pacientes pueden venderla o darla. Por la gravedad de este problema y las posibles consecuencias que puede tener sobre personas sin tolerancia, muchos programas expulsan a los pacientes que desvían su medicación. Sean cuales sean las consecuencias, los programas deben hablar de este problema con cada paciente. La política de los PMM, en lo que se refiere al callejeo de los pacientes por los alrededores y los problemas que esto engendra en las relaciones comunitarias, es otro punto que conviene tener en cuenta. Cada programa debe tener un reglamento o procedimiento a seguir para solucionar estos problemas (capítulo 12). La admisión es el momento idóneo para describir las intervenciones que ofrece el programa a la epidemia del VIH. El equipo de admisión debe repasar en detalle las informaciones fundamentales relativas a la transmisión del VIH, al test VIH, a los tratamientos profilácticos, a las prácticas de sexo seguro, uso del preservativo y a la obtención de ayuda si se encuentran con problemas relacionados con el VIH. Las razones de expulsión del paciente son también un aspecto relevante que debe ser tratado en este momento y periódicamente durante las entrevistas. Los motivos pueden ser diferentes de un programa a otro pero, por lo general, incluyen los actos de violencia hacia otros pacientes o hacia el equipo, un comportamiento perturbador, amenazas, incidentes con la comunidad (callejeo, desvío de la metadona, compra y venta de drogas) y otras violaciones graves del reglamento. El equipo responsable de la admisión puede encargarse de dar estas informaciones generales. En lo que se refiere a las informaciones médicas, deben ser transmitidas por el médico, su auxiliar o enfermero. Además, los responsables de las admisiones también pueden orientar a los candidatos que no cumplen los criterios de admisión o susceptibles de otro tipo de tratamiento. En función de sus necesidades, los pacientes pueden ser dirigidos hacia un tratamiento residencial, un tratamiento con metadona dirigido a la abstinencia, una cura de desintoxicación, un tratamiento por acupuntura u otras modalidades terapéuticas apropiadas.

## EXCLUSIÓN DEL PROGRAMA

Algunos pacientes, en un momento dado, no son capaces de comprometerse con el proceso del tratamiento. Para otros, el mantenimiento con metadona puede ya no ser adecuado o revelarse no ajustado a sus necesidades. Algunos abandonan prematuramente por sentirse incapaces de aceptar la estructura del programa, mientras que otros no están aún preparados para cesar en el consumo de alcohol o de otras drogas. Los pacientes que violan las reglas principales pueden estar demasiado perturbados o ser peligrosos para participar en cualquier programa de tratamiento. Tal como se ha dicho anteriormente, un gran número de PMM consideran como motivos de expulsión los comportamientos violentos o amenazadores, utilizar un arma en los locales o las proximidades, injurias o malos tratos, robo o desvío de metadona, tráfico de droga, no presentarse a las visitas clínicas y el incumplimiento de los costes económicos.

Cuando la expulsión de un paciente es considerada, es muy importante que los programas apliquen un procedimiento adecuado y que dispongan de una reglamentación para la exclusión no voluntaria. Algunos Estados exigen que los programas formulen su propio protocolo. Así, por ejemplo, las regulaciones del tratamiento de mantenimiento con metadona del Estado de Nueva York determinan que cuando se decide expulsar a un paciente de un PMM se le debe entregar:

- una declaración escrita exponiéndole el/los motivo(s) de su expulsión;
- una notificación escrita de su derecho a solicitar al director del programa, o al responsable que este designe, la revisión de la decisión de su expulsión. Esta notificación debe igualmente estipular que el paciente puede solicitar ayuda externa para preparar un recurso contra la decisión de expulsión tomada contra él (*New York State Division of Substance Abuse Services* 1990, p. 50-51).

Los profesionales del tratamiento no han alcanzado un acuerdo sobre si se debe expulsar a los pacientes que no se sienten motivados por el tratamiento y/o que siguen consumiendo drogas y/o alcohol. Estos pacientes han sido calificados como «no preparados» para el tratamiento, «manipuladores» o «sociópatas». Algunos programas expulsan a tales pacientes después de un tiempo determinado, mientras que otros siguen trabajando con ellos intentando introducir nuevos métodos de tratamiento o motivarlos para una mayor implicación en el programa.

Los problemas que giran alrededor de la expulsión ponen en evidencia la importancia de un *continuum* terapéutico para los pacientes en tra-

tamiento de mantenimiento con metadona. Por otra parte, los programas deberían retirar la palabra «fin» de su vocabulario. Los pacientes no deben ser expulsados de toda posibilidad de tratamiento. No podemos poner un término, sin más, al tratamiento de mantenimiento con metadona ya que se expondría al paciente, a su familia y a la comunidad al retorno al consumo de heroína, al VIH y otras infecciones, así como a actos delictivos cometidos para obtener dinero para las drogas. La adicción a la heroína es una enfermedad crónica con períodos de exacerbación y de remisión. Algunos pacientes, para mejorar, simplemente necesitan más tiempo, un entorno, enfoque o modalidad diferente o renovados esfuerzos del PMM. No podemos «poner fin» al tratamiento de los pacientes porque todavía están «enfermos». Al contrario, deberíamos continuar explorando con ellos nuevas opciones, articulaciones con otras modalidades terapéuticas y asegurar la continuidad de la asistencia a través de derivaciones apropiadas, postcura y transmisión de casos. Cuando es necesario expulsar a alguien para proteger a otros pacientes, al equipo o a la propia continuidad del programa, es indispensable que el equipo asistencial tome todas las medidas, posibles y razonables, para dirigir al paciente hacia otras alternativas terapéuticas más apropiadas. El equipo debe hacer todo lo posible para encontrar los medios de ayudar a los pacientes difíciles a mejorar su estado de salud y su calidad de vida para ellos mismos, su familia y la comunidad a la que pertenecen.

## RESUMEN

Las reglas de admisión de los PMM deben garantizar que los pacientes son admitidos a tratamiento de la manera más humana y rápida y que las características del programa facilitan la integración del paciente en el sistema asistencial. El examen del candidato debe ser profundo y completo y servir de base a una planificación del tratamiento a largo plazo. Al determinar la admisibilidad del candidato, el equipo debe asegurarse que el mantenimiento con metadona es la forma de tratamiento más apropiada, que su admisión es voluntaria y que el paciente conoce los riesgos, los beneficios y las opciones disponibles. Durante el proceso de admisión, una correcta información contribuye a los objetivos terapéuticos. El proceso de admisión no debe retrasar inútilmente el inicio del tratamiento.

La expulsión del programa debe basarse en un razonamiento clínico sólido, en el que se tengan en cuenta, a la vez, los intereses del pacien-



te y del programa. La continuidad asistencial debe ser tomada en consideración y la orientación del paciente hacia programas mejor adaptados ha de ser la regla. Un procedimiento adecuado y la atención a los derechos del paciente garantizan que las prácticas de expulsión no sean abusivas o arbitrarias. Los programas deben mantener lazos entre sí y con otros dispositivos terapéuticos con el fin de facilitar la continuidad asistencial.

## RECOMENDACIONES

- Conseguir que el entorno físico sea acogedor, favorezca la rehabilitación y se diferencie claramente de los lugares hostiles en los que suelen vivir numerosos adictos.
- Fomentar que los miembros del equipo de admisión sean sensibles a las necesidades de los pacientes y que, en la medida de lo posible, sus características se ajusten a la población tratada.
- Ingresar rápidamente a los pacientes en el tratamiento; facilitar su integración al sistema asistencial.
- Dar prioridad a las mujeres embarazadas y a las personas que presentan graves trastornos médicos y/o psiquiátricos.
- Proceder a una evaluación y examen físico exhaustivo de los pacientes que permita establecer una base para la planificación eficaz del tratamiento.
- Detectar los pacientes con comportamientos de alto riesgo relacionados con el VIH, las ETS, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.
- Asegurarse, durante el proceso de evaluación, que el mantenimiento con metadona es la mejor modalidad terapéutica y que el tratamiento no es coercitivo.
- Dar una información adecuada en lo que se refiere al programa, sus reglas y procedimientos, así como de los derechos y responsabilidades de los pacientes.
- Expulsar a los pacientes con mucha prudencia; esforzarse en derivarlos hacia otro programa más adaptado a sus características.

## BIBLIOGRAFÍA

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS. *Consolidated Standards Manual, 1991*. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 1991.

## LECTURAS ACONSEJADAS

BALL, J.C. and ROSS, A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag, 1991.

COOPER, J.; ALTMAN, F.; BROWN, B.S. and CZECHOWICZ, D., eds. *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. DHHS Pub. No. (ADM)83-1281. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1983.

GERSTEIN, D.R. and HARWOOD, H.J., eds. *Treating Drug Problems*. Vol. 1. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R. and LANGROD, J. *Substance Abuse: A Comprehensive Text*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.

McLELLAN, A.T.; LUBORSKY, L.; CACCIOLA, J. *et al.* New data from the addiction severity index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 173: 412-413, 1985.

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIONES CONFIDENCIALES

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo  
*(Nombre del paciente)*

a \_\_\_\_\_  
*(Nombre del programa que transmitirá las informaciones)*

para transmitir a \_\_\_\_\_  
*(Nombre de la persona o organización a quien se envía la información)*

las siguientes informaciones:

\_\_\_\_\_  
*(Detallar tipo de información lo más brevemente posible)*

El objetivo de la transmisión autorizada por la presente es para:

\_\_\_\_\_  
*(especificar objetivo de la transmisión de información)*

Entiendo que mi historial está protegido en virtud de los reglamentos federales Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR Part 2, y que no puede ser transmitido sin mi consentimiento escrito, salvo prescripción reglamentaria diferente. Entiendo igualmente que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, salvo para acciones ya realizadas en acuerdo con esta autorización y que, en cualquier caso, mi consentimiento finaliza automáticamente en cuanto:

\_\_\_\_\_  
*(Especificar fecha, circunstancia o condición que anula este consentimiento)*

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*firma del participante*

\_\_\_\_\_  
*firma del representante legal, si procede*

## ANEXO 2

HOJA DE CONSIGNAS MÉDICAS				
NOMBRE _____		N° Dossier _____		
Fecha	Pedido por	Medicación, Análisis... etc.	Realizado	Por
		Admitido al programa		
		1. Fórmula sanguínea		
		2. Análisis de orina		
		3. Bioquímica sanguínea		
		Calcio		
		Fosfatos		
		Glucosa		
		Urea, Creatinina		
		Ácido úrico		
		Colesterol		
		Colesterol HDL y LDL		
		Triglicéridos		
		Proteínas totales		
		Albúmina/Globulina		
		Bilirrubina total		
		Fosfatasas alcalinas		
		LDH, SGOT, SGPT		
		Hierro		
		Sodio, potasio		
		Cloruro, CO <sub>2</sub>		
		4. VDRL o RPR o FTA		
		5. Antígeno hepatitis B		
		Anticuerpos hepatitis B		
		6. Vacunación antitetánica		
		7. PPD		
		8. Otros		
		Metadona mg/día		
		Dosis para llevar x semana		

### ANEXO 3

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES	FECHA
Public Health Service Food And Drug Administration CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO CON METADONA Las disposiciones de este formulario pueden ser modificadas para adaptarse a las leyes estatales	
NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL MEDICO EXPLICANDO EL PROCEDIMIENTO	
NOMBRE DEL DIRECTOR MEDICO DEL PROGRAMA	
<p>Por la presente, doy mi consentimiento voluntario al Director médico del programa arriba mencionado y/o a todo colaborador debidamente autorizado que él pueda nombrar, para que prescriba o dispense el medicamento metadona como un elemento del tratamiento de mi dependencia a la heroína o a otro estupefaciente.</p> <p>Los procedimientos necesarios para mi tratamiento me han sido explicados y entiendo que implica que tome unas dosis diarias de metadona, o de otro medicamento, que me permitirá controlar mi dependencia a la heroína o a otros estupefacientes.</p> <p>Me ha sido explicado que la metadona es un medicamento narcótico que puede ser peligroso si no se toma bajo control médico. Entiendo igualmente que la metadona es un medicamento que crea adicción y que puede, como otros medicamentos, engendrar efectos secundarios. Se me han explicado también las alternativas terapéuticas, los riesgos y las complicaciones posibles, pero sigo deseando recibir la metadona debido al riesgo de recaída en el consumo de heroína o de otras drogas.</p> <p>La meta del tratamiento con metadona es la rehabilitación total del paciente. La abstinencia eventual de todo uso de drogas, incluyendo la metadona, es un objetivo terapéutico adecuado. Entiendo que para algunos pacientes, el tratamiento con metadona puede durar un período relativamente largo, pero que periódicamente se evaluará la oportunidad de mi abstinencia completa del uso de metadona.</p> <p>Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento de este programa de tratamiento y en este caso, interrumpir el uso de la metadona y tener derecho a una cura de desintoxicación bajo control médico.</p> <p>Ya que el uso de otras sustancias conjuntamente con la metadona puede causarme daños, acepto la obligación de informar a cualquier médico que</p>	

pueda dispensarme asistencia por cualquier problema médico que estoy en tratamiento por mi dependencia a los opiáceos.

Entiendo también que en el transcurso del tratamiento algunas condiciones pueden requerir la utilización de intervenciones suplementarias o diferentes de las que me han sido explicadas. Entiendo que se emplearán tales intervenciones cuando el Director médico del programa lo considere justificado.

(Ver reverso de esta hoja para los elementos de consentimiento suplementarios)

#### PACIENTES MUJERES EN EDAD FÉRTIL

En base a mis informaciones actuales, yo..... estoy/no estoy actualmente embarazada.

Además de los riesgos posibles asociados al uso de la metadona a largo plazo, de la misma manera que la heroína y otros opiáceos, entiendo que los conocimientos relativos a sus efectos sobre la mujer embarazada y el feto son hoy en día incompletos para garantizar que no puedan conllevar efectos secundarios importantes o graves.

Me ha sido explicado, y entiendo, que la metadona se transmite al feto y que puede desencadenar en él una dependencia física. Así, si estuviera embarazada y dejase bruscamente de tomar metadona, es posible que yo misma o el feto presenten signos de abstinencia, lo que podría perjudicar a mi embarazo o al feto. No usaré ningún otro medicamento sin el consentimiento del Director médico o de sus colaboradores, ya que estas sustancias pueden interactuar con la metadona y pueden ser peligrosas para mí o para el feto. Informaré a cualquier otro médico que me reconozca durante mi embarazo actual, u otro posterior, o a aquél que visite al niño tras su nacimiento, de mi participación actual o pasada en un programa de tratamiento de la dependencia a los opiáceos para que me pueda dar, a mí o a mi hijo, la asistencia adecuada.

Me ha sido explicado que después del nacimiento de mi hijo, no debo darle de mamar ya que la metadona es transmitida al bebé a través de la leche materna y que eso puede provocar en el niño una dependencia física a la metadona. Entiendo que durante un breve período después del nacimiento, el niño puede presentar una irritabilidad temporal u otros síntomas debidos a mi uso de la metadona. Es esencial que el médico de la clínica esté al corriente de mi participación en un programa de tratamiento de la adicción para que pueda dar la asistencia adecuada a mi hijo.

Todos los efectos posibles citados anteriormente me han sido explicados y entiendo que hasta ahora aún no existen suficientes estudios sobre el uso de la metadona a largo plazo para garantizar una seguridad total para mi hijo. Es con pleno conocimiento de esta causa que consiento su uso y que prometo informar inmediatamente al Director médico o a uno de sus colaboradores si me quedo embarazada.

### PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

El paciente es un menor, de..... de edad y nacido el ..... Los riesgos del uso de la metadona me/nos han sido explicados y entiendo/entendemos que la metadona es un medicamento del que todavía se están haciendo investigaciones a largo plazo y que las informaciones sobre sus efectos en adolescentes es incompleta. Me/nos han explicado que la metadona está siendo utilizada para el tratamiento de menores únicamente porque el riesgo de recaída en la adicción a la heroína es suficientemente importante, lo que justifica este tratamiento. Declaro/declaramos que la participación en el programa de tratamiento de la dependencia a la heroína es plenamente voluntaria tanto por parte de los padres/responsables como por el paciente y que el tratamiento con metadona puede ser interrumpido en cualquier momento tan sólo con mi/nuestro requerimiento o él del paciente. Conociendo enteramente los beneficios potenciales y los riesgos posibles derivados de la utilización de la metadona en el tratamiento de un adolescente, consiento/consentimos su uso en un menor, ya que sé/sabemos que de otra manera, seguirá dependiente de la heroína o de otros estupefacientes.

---

Certifico que ninguna garantía o seguro me ha sido dada en lo que se refiere a los resultados que pueden ser obtenidos por el tratamiento con metadona. En pleno conocimiento de los beneficios potenciales y de los riesgos posibles, consiento al tratamiento con metadona, ya que, de otra manera, seguiría dependiendo de la heroína.

Firma del paciente	Fecha de nacimiento	Fecha
Firma del familiar o r. legal	Relación	Fecha
Firma del testigo		Fecha

## ANEXO 4

### PROHIBICIÓN DE TRANSMITIR INFORMACIONES RELATIVAS A UN CLIENTE EN TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS

Esta nota acompaña a la transmisión de informaciones sobre un cliente en tratamiento por abuso de alcohol o drogas, que han sido enviadas con el consentimiento de dicho cliente. Estas informaciones provienen de historiales protegidos por las disposiciones federales de confidencialidad (42 CFR Part. 2). Estas disposiciones les prohíben transmitir a su vez estas informaciones a terceros, a no ser que esté expresamente autorizado por el consentimiento escrito de la persona en cuestión, o que sea permitido de otra manera en virtud de las disposiciones 42 CFR Part. 2. Una autorización general para la difusión de informaciones médicas o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las disposiciones federales restringen el uso de dicha información a las investigaciones por delitos o para procesar a un paciente que abusa del alcohol o las drogas.





## PRINCIPIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA DOSIS DE METADONA

J. THOMAS PAYTE, M.D.

ELIZABETH T. KHURI, M.D.

### INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es aportar algunas informaciones clínicas útiles para la determinación de la dosis eficaz de metadona en los programas de mantenimiento.

Desde Dole & Nyswander (1966), que recomendaban dosis de mantenimiento entre 80 y 120 mg/día, la dosificación de metadona ha estado a menudo más sometida a consideraciones políticas y filosóficas que a criterios racionales o a una buena valoración clínica. Existen grandes variaciones en cuanto a las prácticas de tratamiento de mantenimiento con metadona. Los trabajos de D'Aunno & Vaughn (1992) señalan que más del 50 % de los pacientes del país reciben dosis subóptimas e insuficientes para prevenir el consumo de estupefacientes. Debido a sus prácticas de dosificación, se han identificado programas y Estados enteros como de «baja dosis» o de «alta dosis». Aquellos que prescriben una «baja dosis» a menudo han asumido una identidad similar a la de un padre severo, preocupado y conservador, que describiría al padre de «alta dosis» como permisivo y laxista.

Las pruebas presentadas en este capítulo muestran claramente que las dosificaciones subterapéuticas son habituales en los programas. Otros estudios muestran que dosis adecuadas de metadona, determinadas clínica e individualmente, se correlacionan con una disminución del uso de drogas ilegales y con un aumento de la retención de los pacientes en tratamiento. Las expresiones de «alta dosis» o «baja dosis» deberían ser abandonadas en beneficio de la expresión «dosis adecuada». Es evidente que la determinación de la dosis de metadona debe siempre ser el resultado de una buena valoración clínica por un médico experimentado que tiene la ventaja de tener al paciente ante sí. La decisión de la dosis terapéutica de metadona, como la de cual-

quier medicación, no la pueden definir ni las autoridades ni las disposiciones legales.

## PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

En términos simples, una dosis de metadona es *suficiente* si produce la respuesta deseada en el paciente durante el tiempo deseado, permitiendo un margen de eficacia y seguridad.

### ¿QUÉ RESPUESTA SE ESPERA DEL MANTENIMIENTO CON METADONA?

Los tres efectos clínicos que Kreek (1987) describió como «efectos importantes e independientes» de la metadona se enumeran a continuación. La obtención de estos efectos garantiza clínicamente que la metadona esté disponible en todo momento en las zonas de los receptores específicos, produciendo así el «estado de equilibrio»:

- *Prevención de la aparición del síndrome de abstinencia a los opiáceos durante al menos 24 horas.* Ello incluye los primeros *síntomas subjetivos* de abstinencia, así como los *signos objetivos* típicos.
- *Reducción o eliminación de la apetencia*<sup>1</sup> que sienten a menudo las personas dependientes de los opiáceos y que se asocia frecuentemente con la aparición de los primeros signos subjetivos de abstinencia y/o que aparece en respuesta a factores externos.
- *Bloqueo de los efectos euforizantes de cualquier estupefaciente ilegal autoadministrado.* A dosis adecuada o «dosis de bloqueo», la metadona previene las sensaciones buscadas al inyectarse heroína a las dosis habituales de la calle.

Kreek (1986) señala que en el individuo que ha desarrollado tolerancia y que recibe una dosis apropiada, en ausencia de factores que modifiquen la biodisponibilidad de la metadona, no puede detectarse *ninguna euforia ni ningún otro efecto narcótico indeseable*, ni por el paciente ni por un observador.

### ¿QUÉ ES UNA DOSIS SUFICIENTE?

La determinación de la dosis se fundamenta en un proceso clínico individualizado que pone en marcha la adecuada valoración profesional de un médico experimentado en adicciones y más particularmente en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona. La decisión

---

1. *Craving* en el original americano. (N. del T.)

se fundamenta en la historia del paciente, obtenida meticulosamente y focalizada en el grado de consumo reciente de droga, en las observaciones físicas, en el conocimiento de las condiciones locales sobre la pureza relativa de las drogas de la calle y en la observación de la respuesta del paciente a una dosis concreta de metadona. La mayoría de los pacientes acabará alcanzando una zona de dosis eficaz. El límite inferior de ésta se sitúa en torno a los 50 mg, lo que está hoy en día ampliamente aceptado como la dosis eficaz más baja (GAO 1990).

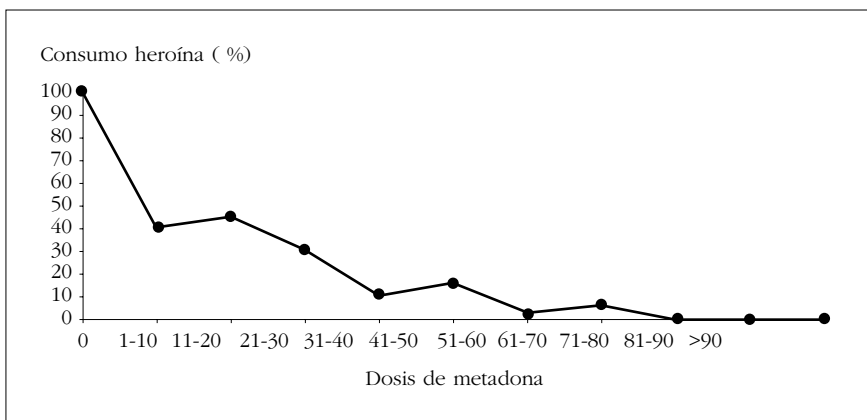


Figura 1. Consumo de heroína en los últimos 30 días en 407 pacientes en mantenimiento con metadona según la dosis actual. Fuente: Ball & Ross, 1991. p. 248.

Para la mayoría de los pacientes, la dosis óptima estaría en torno a los 80 mg, más o menos 20 mg. Algunos pacientes estarán estabilizados con menos de 50 mg, mientras que otros necesitarán más de 100 mg. Cada caso debe ser evaluado de manera individual.

John Ball & Alan Ross (1991) demostraron claramente una relación inversamente proporcional entre la dosis de metadona y la frecuencia de consumo reciente de heroína. La figura 1 expresa los resultados de un estudio sobre 407 pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Estos datos refuerzan la hipótesis de que dosis bajas de metadona son menos eficaces que dosis altas o adecuadas para facilitar la abstinencia de heroína de los pacientes en tratamiento con metadona.

Los australianos Caplehorn & Bell (1991) demostraron la importancia de la dosis en la retención de los pacientes en tratamiento con metadona. Los pacientes que recibían 80 mg o más tenían dos veces más posibilidades de seguir en tratamiento que aquellos que recibían entre

60 y 79 mg, y estos últimos dos veces más posibilidades que aquellos que recibían menos de 60 mg (tabla 1). La importancia de la retención como factor pronóstico del tratamiento se explicará en el capítulo 11.

Tabla 1. *Riesgo relativo de abandono del tratamiento (Fuente: Caplehorn y Bell [1991,*

Dosis de metadona (mg)	Riesgo relativo
Menos de 60 mg	100 (valor de referencia)
60-79 mg	47 <sup>2</sup>
80 +	21

*pp. 195-199].)*

Ambos estudios demuestran las evidentes ventajas de una dosis adaptada. Además de facilitar la abstinencia y la retención al tratamiento, debemos también destacar el papel esencial que representa un tratamiento adecuado de metadona en la reducción de la propagación de la infección por el VIH. La amenaza de la propagación del VIH establece como prioridad una dosificación adecuada de metadona. Si valoramos las diferentes ventajas de una dosis adecuada, es de destacar que las mejores respuestas terapéuticas se obtienen en la zona de dosis de 80 mg o más.

Otro reciente estudio realizado en Inglaterra señala una relación lineal entre la dosis de metadona y su concentración plasmática. La figura 2 representa una adaptación de los datos, presentados como una tendencia, de Caplehorn y Bell. Esta figura exagera la pendiente a fin de ilustrar una eventual e interesante relación entre lo que podría ser la concentración sanguínea ideal y la dosis óptima. Kim Wolff y sus colaboradores (1991) demostraron que con una dosis de 80 mg de metadona, la tasa plasmática media se encontraba en torno a los 400 ng/ml, lo que parece ser el intervalo ideal para la eficacia del tratamiento, tal como se señala más adelante en este mismo capítulo. Estas observaciones y las conclusiones de un número creciente de estudios clínicos realizados en tres continentes, que examinan los diversos aspectos del tratamiento de mantenimiento con metadona, convergen en una conclusión común en cuanto a la dosificación.

---

2. En una carta al editor (Caplehorn J., Bell J. Correction of error: Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatemnt. *The medical Journal of Australia* 159: 640, 1993) los autores explican haber revisado su trabajo y encontrado un riesgo relativo de abandono del 55 y el 30 % para los grupos de dosis 60-79 y  $\geq$  80 mg, respectivamente. (N. del T.)

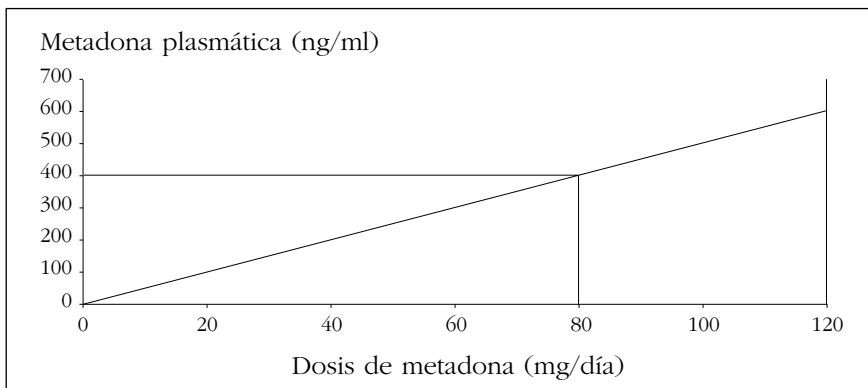


Figura 2. Dosis de metadona vs niveles plasmáticos medios. Adaptado de Wolff et al. (1991).

La dosificación de la metadona no debe estar determinada por unos reglamentos, ya sean federales, estatales o de los programas. Mientras que los datos científicos clínicos confirman que las dosis adecuadas se sitúan generalmente en el intervalo 80-120 mg, la determinación de la dosis apropiada para cada paciente debe ser siempre el resultado de la valoración de un médico experimentado.

## FORMAS GALÉNICAS DE LA METADONA

- *Dispersables*. Un disquete de 40 mg divisible en cuatro partes de 10 mg y que se disuelve rápidamente en agua es fabricado con excipientes insolubles para impedir su utilización intravenosa. Entre sus ventajas tenemos su simple manejo que permite a los pacientes ver lo que toman antes de añadir el agua. Esta forma de presentación es *siempre* administrada en forma líquida. El mayor inconveniente de esta presentación es que no permite el aumento o disminución de pequeñas dosis.
- *Comprimidos*. Existen también comprimidos de 5 y 10 mg de metadona que se disuelven rápidamente en agua y que pueden ser utilizados conjuntamente con los disquetes y poder así proceder a modificaciones de dosis de 2,5-5 mg. También existe una solución oral que contiene 5 o 10 mg de metadona por 5 ml. (cucharilla de té) y 8 % de alcohol. Debido a su contenido en alcohol y a la necesidad de volúmenes más grandes, las soluciones pueden ser inapropiadas para su uso corriente en los programas de mantenimiento.
- *Solución líquida*. Una solución concentrada sin alcohol de 10 mg/ml permite una flexibilidad de dosificación total cuando utilizamos una bomba asistida por ordenador, lo que constituye un sistema de dispensación de metadona muy eficaz.

- *Polvo*. La metadona existe también en forma de polvo para la preparación de soluciones, en general de la misma concentración que la solución líquida.

## DOSIS INICIAL Y PERÍODO DE INDUCCIÓN

### CONCEPTO

La dosis inicial de metadona se administra frecuentemente para atenuar una parte del síndrome de abstinencia (Martin *et al.* 1991). La dosis inicial sirve como punto de referencia para la toma de decisiones durante la fase de inducción. El primer objetivo es aliviar todos los signos y síntomas del síndrome de abstinencia. Una vez que se ha conseguido, se puede proseguir la inducción a un ritmo más lento con el fin de alcanzar la dosis terapéutica de mantenimiento.

### ASPECTOS PRINCIPALES

*Antes de la dosis inicial.* Antes de la dosis inicial la anamnesis y el examen físico deben establecer claramente la existencia *actual de una dependencia fisiológica* de los opiáceos. Las excepciones a esta regla, que pueden por ejemplo incluir el caso de un embarazo o el de personas que han abandonado recientemente una institución para el tratamiento de afecciones crónicas, se explicarán más adelante.

La anamnesis y el examen físico deben permitir al médico valorar si el paciente es un buen candidato al tratamiento de mantenimiento y si dicho tratamiento está indicado en base a una evaluación clínica minuciosa. De acuerdo con la práctica médica, el médico debe detallar cuidadosamente los fundamentos de su decisión en la historia clínica.

También puede ser necesario asegurarse que el paciente responde a cada uno de los criterios de admisión de los reglamentos que rigen los tratamientos con metadona, que pueden variar de un Estado a otro (capítulo 4).

*Dosis inicial.* La dosis inicial debe determinarse en función de la anamnesis actual y del estado físico del paciente, teniendo en cuenta otras particularidades locales, como la pureza relativa de las drogas de la calle. El objetivo de las dosis iniciales y de las primeras dosis adicionales es calmar el síndrome de abstinencia y reducir o eliminar la apatía adictiva, evitando al mismo tiempo la sedación o la euforia. Más adelante ya tendremos ocasión de aumentar la dosis de metadona, si es necesario, pero es más difícil reducirla una vez que ha sido admi-

nistrada. Así, es ante todo por razones de seguridad que el médico debe moderar su deseo de calmar al paciente que sufre de un síndrome de abstinencia.

Tras poner en evidencia la necesidad de determinar la dosis individual, en el capítulo siguiente detallaremos algunas cantidades específicas. Estas recomendaciones se dirigen al médico sin experiencia en el tema y que precisa ser guiado en la determinación de las primeras dosis. De manera general, las dosis señaladas son conservadoras y seguras, pero no pretenden ser unas directivas rígidas.

En general, en los casos claramente establecidos de dependencia fisiológica actual, una dosis inicial de 20-30 mg es normalmente segura. En algunos casos de readmisión de pacientes conocidos, el médico puede valorar el recurrir a dosis iniciales ligeramente superiores a 30 mg. Si existe cualquier duda en cuanto al grado de tolerancia a los opiáceos, puede estar indicado prescribir una dosis inicial de 10 mg. Es esencial que la determinación de la dosis individual atenúe los síntomas de abstinencia y reduzca o elimine la apetencia adictiva sin provocar sedación ni euforia.

Las formas de consumo de los estupefacientes pueden también ser un factor importante para determinar la dosis inicial de metadona. Además de la vía intravenosa, la heroína puede consumirse por vía intranasal, es decir, esnifándola en forma de polvo seco que se disuelve en contacto con las mucosas nasales. Mezclada con tabaco, la heroína puede ser fumada como un cigarrillo. «Cazar el dragón»<sup>3</sup> consiste en inhalar los vapores obtenidos del calentamiento de la heroína en un trozo de papel de aluminio. Es poco frecuente que la heroína sea voluntariamente consumida por vía oral, a pesar de que esta vía sea frecuente para otros opiáceos. En general, la dependencia de un estupefaciente consumido por vía intravenosa es mayor que la que produce el consumo por otras vías. Así, la tolerancia a los estupefacientes del adicto que se inyecta sobrepasa a la del consumidor que esnifa la droga. Un número creciente de adictos, más particularmente en zonas urbanas, evitan las jeringas por temor al VIH. Estos adictos pueden presentar una toxicomanía grave sin inyectarse: inhalando o esnifando como forma exclusiva o principal de consumo. Así, por ejemplo, un consumo intranasal de 100 dólares diarios de heroína puede precisar una dosis de inducción menor que en el caso de un consumo cotidiano de la misma cantidad por vía intravenosa. En ese caso, más que

---

3. Fumar en plata, hacer un chino. (N. del T.)

una dosis de 40-50 mg, se optará por una de 20-30 mg, que ya podría «contener» al paciente.

*Dosis suplementarias al principio de la fase de inducción.* Generalmente, tras la ingestión oral de una dosis de metadona, la tasa plasmática máxima se alcanza en 3-4 horas. Por ello, pasado este plazo, si observamos aún síntomas de abstinencia, sería necesario dar una dosis suplementaria de metadona. La dosis suplementaria debe determinarse siempre caso por caso, pero habitualmente se sitúa en torno a los 10 mg, a veces un poco más, a veces un poco menos. Esta operación puede repetirse hasta que los síntomas hayan sido adecuadamente aliviados. Este método de inducción se resume en la tabla 2. A partir de aquí, la dosis varía en función del umbral de tolerancia, de la cantidad habitual de consumo y del estado psíquico del paciente (temores, ansiedad, etc.).

*Inducción continuada.* La farmacología nos indica que los estados de equilibrio se alcanzan normalmente al cabo de 4-5 vidas medias, sea cual sea el medicamento. En el caso de la metadona, su vida media es generalmente superior a 24 horas (15-55 horas. Baselt 1982), por lo que podemos esperar que se necesiten 4-5 días, o incluso 10, para llegar a un estado de equilibrio. Este principio clínico puede ser útil para ayudar al paciente y al médico a determinar la dosis adecuada. Puede incluso ocurrir que una dosis adecuada en cuanto al total de miligramos no permita «contener» al paciente durante 24 horas, antes de alcanzar el estado de equilibrio. Podemos enseñar a los pacientes a valorar su dosis examinando como se encuentran durante las 4-12 horas siguientes a la toma y durante las 24 horas siguientes. El paciente que se «despierta enfermo» al inicio de la inducción puede que simplemente necesite más tiempo para alcanzar el estado de equilibrio, pero puede estar convencido de que necesita un aumento de la dosis. Por desgracia, los programas ambulatorios están muy limitados para aplicar de manera ideal esta planificación de dosis múltiples sobre un período de 24 horas durante la primera semana de tratamiento.



Tabla 2. *El proceso de inducción. (ª SAO: síndrome de abstinencia a opiáceos. ¢ Excepciones posibles en cuanto al tiempo necesario para alcanzar el estado de equilibrio [hasta 10 días].)*

Día	Tiempo (h)	Dosis (mg)	Observaciones
1	0	20-30	Dosis inicial habitual
1	+3	5-10	Si persistencia de SAOª objetivo y subjetivo
1	+6	5-10	Si persistencia de SAO objetivo y subjetivo
2	0	de 5 a 20 más que el total del día anterior	Ajuste de la dosis en función de la respuesta a la dosis total del día previo
2	+3	5-10	Si persistencia de SAO objetivo y subjetivo
3	0	de 5 a 20 más que el total del día anterior	Ajuste de la dosis en función de la respuesta a la dosis total del día previo
4-10	0	de 5 a 20 más que el total del día anterior	Puede repetirse como base diaria hasta un techo predeterminado, a partir del cual el médico puede proceder a un ajuste de dosis suplementarias¢

Durante esta fase de inducción, el objetivo es conseguir la ausencia de síntomas de abstinencia durante períodos más largos, así como una sensación progresiva de bienestar físico y emocional. Si la dosis inicial de estabilización es subterapéutica (inferior a 50 mg), muchos médicos comenzarán entonces a aumentar progresivamente las dosis, por ejemplo de 10 mg cada 7-10 días, para encontrar el nivel óptimo para este paciente. Es importante comprender que la dosis apropiada no puede determinarse por unos métodos puramente objetivos. A semejanza del dolor, el síndrome de abstinencia inicial es totalmente subjetivo. Un minucioso examen de la historia clínica del paciente es fundamental para ayudar al médico a establecer una dosis correcta. El médico debe tener en mente la bien conocida descripción del síndrome de abstinencia subjetivo, para evitar errores cuando se encuentra ante un paciente que, sin saberse observado, presenta unas pupilas en cabeza de alfiler, que se rasca la nariz y que tiene tendencia a quedarse dormido. En este caso, puede que el paciente esté buscando más un estado eufórico que ser aliviado de los síntomas de abstinencia y alcanzar un funcionamiento normal.

Elementos objetivos, tales como la tensión arterial, la temperatura, el pulso, el tamaño de las pupilas, los reflejos tendinosos, ligeros temblores musculares y la motilidad intestinal pueden ser útiles al médico para

determinar las dosis durante las primeras etapas del tratamiento. Sin embargo, son los síntomas subjetivos, como la agitación, la irritabilidad, los trastornos del sueño, la ansiedad, la depresión y la apetencia imperiosa de droga, los de mayor utilidad para afinar las dosis de metadona y los que permiten obtener las mejores ventajas terapéuticas.

La fase de inducción se acaba una vez que la dosis se mantiene estable durante más de una semana y es considerada adecuada por el médico y el paciente.

## FASE DE MANTENIMIENTO

La dosis de mantenimiento es determinada individualmente por el médico experimentado otorgando una particular atención a las informaciones esenciales proporcionadas por el paciente. La dosis debe ser la apropiada para alcanzar los efectos deseados durante 24 horas o más, teniendo en consideración fluctuaciones cotidianas en materia de absorción y eliminación.

En la mayoría de los casos, la determinación de la dosis apropiada puede realizarse adecuadamente a través de medios clínicos. Existen situaciones en las que las concentraciones plasmáticas de metadona pueden ser de gran utilidad. Afortunadamente, la determinación fiable de la tasa plasmática de metadona por cromatografía de gases es cada vez más accesible, fiable y abordable (entre 40 y 60 dólares. Borg *et al.* 1992). El aumento del uso de este instrumento clínico favorecerá una mayor individualización de las intervenciones, garantizando una dosificación adecuada de metadona.

La duración del mantenimiento oscilará entre unos meses y varios años. *El mantenimiento con metadona debe proseguirse todo el tiempo que el paciente desee y durante el cual continúen los beneficios derivados de este tratamiento.*

Durante la fase de mantenimiento no es inusual que un paciente permanezca durante años con la misma dosis. Otros pacientes necesitarán ajustes periódicos de la dosis. Los períodos de mayor estrés, de trabajo intenso, un entorno desfavorable, la mayor disponibilidad de droga y el aumento del deseo de estupefacientes pueden conducir a la decisión de aumentar la dosis por un período limitado o a largo plazo. Los períodos de ansiedad o de depresión ocasionados por importantes factores de estrés (pérdida de empleo, divorcio, muerte de un familiar) pueden necesitar ajustes en la dosis de metadona, ya sea temporal o permanentemente.

Si bien las actividades de apoyo y las entrevistas con el paciente son de una crucial importancia, los análisis toxicológicos pueden constituir un instrumento diagnóstico útil para la determinación de la dosis. En el caso de los pacientes que continúan consumiendo heroína, y más particularmente para aquellos que acaban de iniciar el tratamiento, no se debe dudar en aumentar la dosis de metadona a un nivel más alto y apropiado. Es fundamental que los médicos reconozcan la relación existente entre una dosis de metadona inadecuada, y el consumo continuado de heroína inyectada y la infección por el VIH. Cuando es utilizada de manera adecuada, la metadona es el mejor instrumento en la lucha contra la propagación del VIH y, por consiguiente, contra el sida.

Si un paciente estabilizado en mantenimiento solicita una disminución de la dosis, es importante que el médico explore en profundidad la motivación de esta demanda. Un paciente puede sentir que es capaz de recibir una dosis más baja; en otro caso puede ser debido a presiones externas a fin de que se «aleje de los médicos». No es infrecuente que el paciente piense que los que reciben dosis de mantenimiento inferiores son «mejores pacientes» que aquellos que reciben dosis más importantes. En ambos casos, es necesario que el médico, u otros miembros del equipo, realicen un buen trabajo de educación con los pacientes y sus allegados.

La metadona debería ser considerada siempre como un medicamento y la determinación de la dosis ser competencia de la valoración clínica del médico, en colaboración con el paciente y los miembros del equipo. Toda variación de la dosis, ya sea un aumento o una disminución, utilizada como factor de refuerzo positivo o negativo del comportamiento, debe considerarse inadecuada. La llamada «restricción contractual» implicando un medicamento no tiene cabida en la terapéutica de la medicina clínica. Un aumento de la dosis de metadona no debe ser asimilado a un «premio suplementario» para recompensar un buen comportamiento. No todo el mundo comparte esta opinión y existe controversia en la materia. Maxine Stitzer, por ejemplo, ha hecho un amplio trabajo en el ámbito de los procesos de modificación de dosis como incentivos (1986). Otro ejemplo de investigación del refuerzo positivo o negativo relacionado con la dosis es el trabajo de McCarthy & Borders (1985). Esta controversia se sitúa entre el modelo médico y el modelo conductual de las toxicomanías. En la mayoría de las situaciones ambos modelos son compatibles e incluso complementarios.

Las fases de la dosificación de la metadona se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. *Márgenes de dosis recomendados en el curso del tratamiento. (La dosis de metadona adecuada debe determinarse de modo individualizado.)*

Fase	Objetivo	Dosis (comentarios)
Dosis inicial	Eliminar los síntomas de abstinencia	20-40 mg
Inicio de la inducción	Alcanzar el umbral de tolerancia	+/- 5-10 mg (cada 3-24 h.)
Fin de la inducción	Establecer la dosis adecuada (efectos deseados)	+/- 5-10 mg (cada 5-10 días)
Mantenimiento	Mantener los efectos deseados (saturación estable de los receptores opiáceos)	Habitualmente 80 +/- 20 mg Puede sobrepasar 100 mg o ser inferior a 50 mg

## SOBREDOSIFICACIÓN Y SUBDOSIFICACIÓN DE METADONA

Los signos y síntomas asociados con el síndrome de abstinencia o con una sobredosis aguda son bien conocidos. Los cambios asociados con una sobredosificación o una subdosificación son menos llamativos y más subjetivos.

Un paciente ligera o moderadamente sobredosificado puede presentar una miosis. Es posible que el paciente se adormezca y se rasque la cara, especialmente la nariz. También es posible que no exista ninguna sedación aparente y en algunos casos pueden sentirse ligeramente estimulados. Asimismo, pueden quejarse de náuseas, más frecuentemente al inicio del tratamiento. A dosis fijas estos efectos tienen tendencia a atenuarse a medida que se desarrolla la tolerancia. Cuando se detecta o sospecha una sobredosificación, está indicada una reducción de la dosis acompañada de una minuciosa explicación al paciente, excepto en aquellos casos en los que el paciente desconozca la dosis.

El paciente poco o ligeramente sobredosificado puede plantear un problema más importante. Cuando una dosis sobrepasa ligeramente el umbral de tolerancia, el paciente percibe una auténtica sensación de ligero bienestar. El grado de energía y de motivación está aumentado, lo que hace que la persona quiera, por ejemplo, limpiar su casa o su coche. Lo que es importante es que la persona no atribuya esta sensación al medicamento, como lo hacía cuando «viajaba». El adicto puede asociar este estado con sentirse «normal», de ahí la expresión «normalidad anormal del adicto». Esta sensación es debida a una dosis eufori-

zante de metadona o de heroína y es más duradera en el caso de la metadona.

La sensación exagerada de bienestar, la motivación y la energía desaparecen progresivamente. Éste es en realidad el estado normal del adicto o paciente que podemos describir como de conciencia plena del entorno externo e interno. Esta persona que ahora se siente normal está convencida que empieza a ponerse «enferma».

A medida que la tolerancia se desarrolla, ya no se experimenta la sensación de «normalidad anormal» y el paciente se queja de que la dosis no es suficiente y que es necesario aumentarla. Si se decide un aumento de dosis, hay un breve retorno a aquel estado que el paciente considera normal. Este retorno es breve porque depende de aquella dosis que sobrepasa el umbral de tolerancia establecido, lo que a su vez aumenta el propio umbral de tolerancia. Cuando esto ocurre, el paciente vuelve a querer más dosis de metadona.

Es importante que el médico y el resto de miembros del equipo sean conscientes de este fenómeno. Unas minuciosas explicaciones, haciendo referencia a la propia experiencia del paciente con la heroína, le permitirán reconocer el problema y facilitarán su estabilización.

Es sencillo reconocer a un paciente subdosificado si sus pupilas están dilatadas, bostezo, «moquea», lagrimea y tirita. La ansiedad, el insomnio, la apetencia y la búsqueda de droga indican también que el paciente está subdosificado. Así pues, no es posible fiarse únicamente de métodos objetivos para decidir un aumento de dosis.

## CUANDO LA DOSIS NO «CONTIENE» AL PACIENTE

Diversas quejas pueden conducir a un aumento de la dosis, por ejemplo: «me despierto enfermo», «tengo ganas de pincharme», «me pincho». Existen múltiples razones que hacen que un paciente que se encontraba estabilizado tenga problemas relacionados con la dosis.

La ingestión de otras sustancias, especialmente alcohol, es probablemente la causa más frecuente. Toda droga que estimula el sistema microsómico de oxidación en el hígado puede acelerar el metabolismo de la metadona. Los barbitúricos y otros hipnóticos sedantes pueden producir este efecto.

Los medicamentos específicos conocidos por acelerar el metabolismo de la metadona y ocasionar a veces un síndrome de abstinencia son la rifampicina (Tong *et al.* 1981), la fenitoína (Kreek 1978) y la carbama-

cepina (ver Tabla 4). A.J. Saxon (1989) sugirió que el ácido valproico, a diferencia de otros anticonvulsivantes, no posee efectos sobre el metabolismo de la metadona. Aunque esta observación esté únicamente basada en dos casos, la opción del ácido valproico estaría justificada cuando el clínico se ve obligado a elegir entre crisis epiléptica o abstinencia.

La administración inadvertida de medicamentos agonistas-antagonistas de los opiáceos puede también precipitar un síndrome de abstinencia por un mecanismo diferente.

Los cambios en el entorno y otros factores de estrés pueden conducir al paciente a pensar que la dosis no es la adecuada y a experimentar un aumento en la apetencia por la droga. Las circunstancias que aumentan la disponibilidad de droga, como son la cohabitación con otro adicto o la aparición de tráfico en su vecindario pueden intensificar la apetencia. En estos casos puede ser muy apropiado el aumento de la dosis, a pesar de que los esfuerzos deben centrarse en la resolución de la propia situación, más que en el aumento de la dosis. A la inversa, una disponibilidad reducida de drogas, como por ejemplo en caso de encarcelamiento, puede disminuir la apetencia.

Tabla 4. Algunos medicamentos conocidos por acelerar el metabolismo de la metadona. <sup>(a)</sup> Sistema microsómico de oxidación. <sup>(b)</sup> Síndrome de abstinencia a opiáceos. <sup>(c)</sup> Resultados no concordantes en el hombre.

Medicamento	Mecanismo	Efecto	Referencia
Rifampicina	Inducción SMO <sup>a</sup> en el hígado	SAO <sup>b</sup>	Kreek <i>et al.</i> 1976
Fenitoína	SMO	SAO	Tong <i>et al.</i> 1981
Alcohol etílico	SMO	Potenciación; luego SAO	Kreek 1981
Barbitúricos <sup>c</sup>	SMO	SAO	Liu & Wang 1984
Carbamacepina	SMO	SAO	Kuhn, Halikas & Kemp 1989; Payte 1992
Agonistas/Antagonistas opiáceos	Desplazamiento de opiáceos en los receptores	SAO generalmente por inadvertencia	Zwebwn & Payte 1990

En ausencia de medicación asociada, de politoxicomanía o de estrés en un paciente en PMM aparentemente desestabilizado, debería considerarse solicitar una concentración plasmática. La figura 3 es una apro-

ximación de una curva típica de la concentración plasmática sobre 24 horas basada en el establecimiento del estado de equilibrio, en el que la hora cero se sitúa 24 horas tras la administración de la dosis precedente. Los datos de esta figura se han obtenido en base a la media de los estudios de Inturrisi & Verebey (1972) y de Kreek (1973). Estos estudios demostraban claramente que la concentración máxima es inferior al doble de la concentración mínima. Esta relación es importante para el clínico que interpreta las tasas de concentración plasmática de metadona.

Hasta la fecha, se acepta generalmente que 150 ng/ml constituyen un mínimo para mantener el estado de equilibrio (Dole 1988). La concentración plasmática media óptima durante 24 horas se situaría sobre los 400 ng/ml (Goldstein, comunicación personal 1991; Kreek 1973; Tennant 1987; Wolff *et al.* 1991). Loimer y colaboradores (1991) sugieren que *unas concentraciones plasmáticas de metadona de 400 ng/ml son necesarias para suprimir toda acción de un opiáceo y para garantizar un mantenimiento estable*. La dosis óptima es aquella en la cual la metadona está constantemente disponible para los receptores. La curva inferior de la figura 3 representa la situación de un paciente que recibe 80 mg de metadona por día y que se queja de despertarse enfermo con deseo de consumir droga. Este paciente respondió favorablemente a un aumento de la dosis.

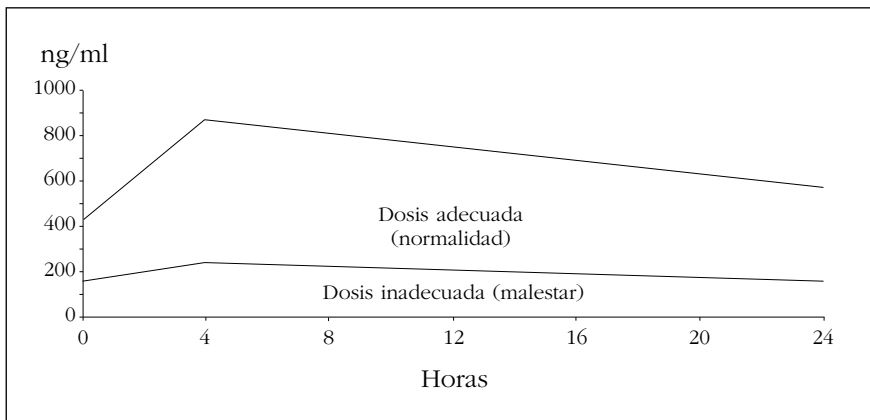


Figura 3. Concentraciones plasmáticas de metadona 4 y 24 horas después de la administración de la dosis bajo control

La curva en «U invertida» de la figura 4 ilustra la situación de un paciente con concentraciones plasmáticas de metadona bajas, a cero y 24 horas, con un pico dentro de los valores normales, aunque elevado en relación con las bajas concentraciones mínimas. El punto máximo de la figura repre-

senta más del triple del nadir (concentración mínima); por otro lado, las zonas de la curva que se corresponden con la absorción y la eliminación son mucho más oblicuas, lo que señala un cambio de estado rápido. En esta situación clínica es probable que la velocidad de cambio sea tan importante o más que los valores en sí mismos (figura 4).

Si aumentamos la dosis para elevar el nivel sobre 24 horas, el valor máximo puede ser excesivo, lo que amplifica la curva anormal. Admitiendo que la causa de la eliminación rápida no sea aparente (otros medicamentos, pH de la orina, etc.), una dosis «fraccionada en varias tomas» puede estar indicada para evitar que el paciente esté, en cierta manera, sobredosificado durante algunas horas, normal durante otras y se sienta mal o se despierte enfermo más tarde. La figura 4 muestra los efectos de una dosis fraccionada en dos «metabolizadores rápidos». En ambos casos la dosis total en 24 horas es la misma y la zona comprendida bajo la curva es básicamente idéntica. Lo que cambia es que el nadir bajo y el pico elevado desaparecen, lo que ocasiona una respuesta clínica más adecuada, gracias al aplanamiento de la curva.

La eliminación renal de la metadona depende del pH urinario. Diferentes estudios han mostrado que transformando un pH muy ácido en un pH muy alcalino la vida media de la metadona puede pasar de menos de 18 horas a más de 40 horas (Nilsson *et al.* 1982). La importancia clínica de variaciones más modestas del pH urinario no ha sido demostrada, pero probablemente merecería más atención en el caso de un paciente con el que no se alcanza un efecto suficiente de la metadona durante 24 horas.

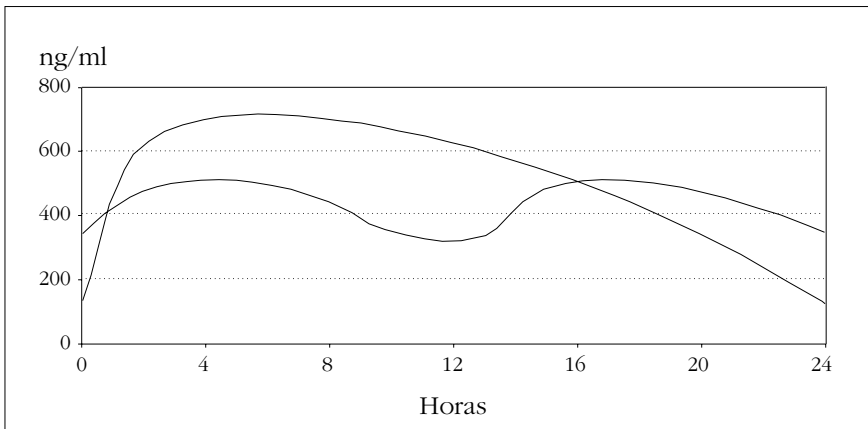


Figura 4. «Metabolizador rápido»: simulación con dosis fraccionada



## TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL MARCO DEL MANTENIMIENTO CON METADONA

### DOLOR AGUDO

En ocasiones, los pacientes en mantenimiento con metadona precisan otras intervenciones médicas, quirúrgicas o dentales, propuestas o realizadas fuera del PMM. Cuando las enfermedades o las intervenciones causan dolor se cometen habitualmente graves errores en el tratamiento del paciente. De ello resulta que el dolor no se trata o se trata inadecuadamente.

El médico cree a menudo que un paciente que toma 80 mg de metadona por día no necesita ninguna otra medicación contra el dolor. Esto es totalmente falso. Debe quedar bien claro que el paciente en mantenimiento con metadona es totalmente tolerante a la dosis de mantenimiento, por lo que no siente ningún efecto analgésico.

Otro error clínico frecuente se basa en la creencia que toda exposición a analgésicos agonistas de los opiáceos agravará, de una u otra manera, el trastorno adictivo. Esta creencia no es totalmente infundada, ya que se han producido casos de recaída en la autoadministración de opiáceos ilegales cuando se han prescrito estupefacientes a antiguos heroinómanos. En base a la experiencia de los autores, estas situaciones se producen más frecuentemente cuando el médico que prescribe estos estupefacientes no está al corriente de la historia de la dependencia a los opiáceos y que el paciente desempeña un rol activo buscando la obtención de estupefacientes, *justificados* por su dolor temporal. En 1980 Kantor y colaboradores compararon un grupo de pacientes en PMM que recibían cantidades importantes de analgésicos estupefacientes durante un tratamiento hospitalario, con un grupo control de pacientes que simplemente estaban en mantenimiento con metadona. Los pacientes fueron seguidos durante una media de 20 meses y el grupo que recibía analgésicos estupefacientes no presentó diferencias con respecto al otro.

El tratamiento inadecuado del dolor de los pacientes mantenidos con metadona conduce frecuentemente a un comportamiento perturbado de los pacientes irritados y asustados y a su abandono del programa en contra de la opinión médica y, a menudo, en detrimento de su estado de salud (Zweben & Payte 1990).

Los principios del tratamiento del dolor agudo en pacientes en mantenimiento con metadona son bastante simples:

- No interrumpir el mantenimiento cotidiano de metadona.
- La dosis del paciente no debería modificarse, independientemente que la vía de administración sea oral o intramuscular, si bien se puede fraccionar: 50 % de la dosis habitual antes de la intervención quirúrgica y 50 % después, administradas por vía intramuscular.
- Dedicar tiempo a hablar sobre el tratamiento del dolor con el paciente y asegurarle que se le calmará adecuadamente.
- En caso de que una analgesia sin estupefacientes no sea eficaz, se utilizarán medicamentos agonistas de los opiáceos a corto plazo y a dosis más altas y más frecuentes, debido a la coexistencia del tratamiento de mantenimiento con metadona.
- No utilizar medicamentos agonistas-antagonistas como la pentazocina, tartrato de butorfanol, nalbufina o buprenorfina. Estas sustancias pueden precipitar un síndrome de abstinencia en los pacientes en mantenimiento con metadona.
- Cambiar a sustancias no estupefacientes en cuanto sea posible.
- Evitar la autoadministración.

Los pacientes pueden solicitar un aumento temporal de la dosis de metadona durante un período de dolor. Esta práctica es frecuente. Sin embargo, el aumento de la dosis de metadona sólo cubre unas 6 horas de analgesia, aproximadamente. Los analgésicos opiáceos de corta duración están indicados y son eficaces en los pacientes en mantenimiento con metadona, si son correctamente empleados. Debido a la tolerancia cruzada que se establece con el agonista de corta duración, el paciente puede precisar dosis más altas y más frecuentes que las habituales. Los médicos referentes, no acostumbrados a prescribir dosis de estupefacientes tan altas, pueden necesitar consejo y supervisión de otros profesionales de la medicina y de las drogodependencias. Otros pueden mostrarse críticos, irritados y punitivos y negarse a prescribir la medicación. Dialogando con el paciente sobre el plan de tratamiento del dolor, en la medida de lo posible *antes* de la intervención quirúrgica, se podrán evitar situaciones desagradables y sufrimientos inútiles.

## DOLOR CRÓNICO (BENIGNO)

En sí, el dolor crónico es uno de los problemas clínicos más difíciles con los que nos podemos enfrentar en la práctica de la medicina. La dependencia crónica *primaria* de los opiáceos (en oposición a la

dependencia yatrógena *secundaria* al dolor crónico) combinada con un dolor crónico es especialmente problemática.

Generalmente, lo más apropiado es orientar al paciente hacia un centro de tratamiento global del dolor. El paciente mantenido con metadona que sufre de dolor crónico es un buen candidato para la mayoría de las técnicas utilizadas en tales servicios, como las técnicas neuroquirúrgicas, la relajación profunda, la acupuntura, la psicoterapia, la terapia comportamental y otras. En estas situaciones un problema habitual consiste en la insistencia del especialista del tratamiento del dolor en desintoxicar al paciente de la metadona. Esto es rara vez apropiado y conduce a menudo al fracaso del tratamiento de la adicción y del dolor. Para que la intervención sea eficaz, hace falta que el especialista del dolor y el de drogodependencias coordinen sus tratamientos con una práctica de equipo global.

Los pacientes que sufren de dolor crónico seguidos en los centros de tratamiento de mantenimiento con metadona a menudo han fracasado en uno o varios tratamientos del dolor, han realizado múltiples intervenciones quirúrgicas inútiles, sufren de grave depresión crónica y han aumentado su consumo de estupefacientes de manera considerable.

Muchos de estos pacientes con doble diagnóstico viven con un cierto grado de dolor crónico con episodios más agudos. Por más que ello pueda sorprender, la experiencia de los autores sugiere que algunos pacientes que sufren de dolor crónico se benefician de un mantenimiento a largo plazo con metadona administrada a dosis adecuadas asociado con un uso puntual de analgésicos opiáceos de corta duración durante las crisis de dolor agudo. Es esencial un seguimiento de cerca y una monitorización. Los medicamentos no deben estar en manos del paciente. Sin embargo, es necesario que estén rápidamente disponibles en caso de crisis de dolor agudo.

Si utilizamos opiáceos, como en el caso del tratamiento del dolor agudo, será necesario aumentar la dosis y la frecuencia de administración para alcanzar un alivio adecuado.

Para muchos de estos pacientes no existe una respuesta realmente satisfactoria y el tratamiento se reduce a contener y controlar la situación. Apoyo, confianza y empatía son los factores más importantes del tratamiento de un paciente que sufre dolor crónico.

## TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE LA DOSIS

A pesar de la eficacia del tratamiento con metadona a largo plazo, existen situaciones en las que, por diversas razones, el paciente puede

desea intentar que se disminuya su metadona para poder finalmente abandonarla. El personal y los pacientes deben ser conscientes de los riesgos asociados a una recaída en el consumo intravenoso. Idealmente, no se debería intentar la desintoxicación, excepto si el paciente readaptado lo desea firmemente. Sin embargo, está aceptado que ocasionalmente puede ser necesario reducir progresivamente las dosis por razones reglamentarias, como pueden ser un comportamiento antisocial grave o el no respeto de las reglas básicas del programa. Esta medida sólo debe tomarse de manera juiciosa y excepcionalmente. Ball (1988) ha señalado un 82,1 % de recaídas en el consumo de heroína intravenosa en el curso de los 12 meses siguientes a la desintoxicación de metadona. Los pacientes deben ser seguidos de cerca y en caso de recaída, o de inminente recaída, deben tomarse medidas terapéuticas suplementarias, incluyendo la reincorporación rápida al tratamiento de mantenimiento con metadona, cuando ello sea apropiado (ASAM 1991).

Las técnicas de prevención de recaídas deben ser enseñadas al paciente antes y durante la reducción de la dosis. Estas técnicas estructuradas pueden ser de utilidad en tanto que «salvavidas» para prevenir y preparar la recaída. El recurso a grupos de autoayuda es muy aconsejable, especialmente durante un período de reducción de la dosis.

Aunque no existe en las publicaciones sobre metadona ninguna referencia que indique una influencia del ritmo o del método de desintoxicación en el pronóstico ulterior, en lo que se refiere a mantener la abstinencia, debería prescribirse por razones humanitarias una reducción apropiada y generalmente lenta de la dosis. Este ritmo ofrece a los pacientes la posibilidad de cambiar de opinión y de reiniciar el tratamiento de mantenimiento con metadona antes de que recaigan.

Las disminuciones «a ciegas» presentan ciertas ventajas y son preferidas por muchos pacientes y clínicos. Este procedimiento debe ser discutido y aceptado antes de comenzar la desintoxicación de metadona. No es conveniente desintoxicar a un paciente en metadona sin su conocimiento y consentimiento. Una desintoxicación «a ciegas» no consensuada es inaceptable, tanto desde el punto de vista clínico como ético.

La técnica y el ritmo de reducción variarán ampliamente entre los pacientes. Los autores tienen amplia experiencia en el tema y sugieren que se reduzcan las dosis en menos de 10 % de la dosis de mantenimiento o de tolerancia establecida, y a un intervalo de 10-14 días entre cada disminución. Ya que las reducciones son cada vez menores y que los intervalos no varían, es fácil ver que pueden ser necesarios muchos

meses, incluso un año o más, para efectuar esta reducción progresiva. El ritmo de desintoxicación puede ser aumentado o reducido en función de la respuesta del paciente.

Sea cual sea el ritmo de la desintoxicación, se alcanzará un punto a partir del cual el equilibrio de la perfusión de los receptores opiáceos ya no es completo y es posible que resurjan el deseo de droga y la apetencia. Este momento puede aparecer a cualquier dosis, pero normalmente se halla entre 15 y 40 mg/día. Algunos pacientes muy motivados y que se benefician de un buen sistema de apoyo pueden ser capaces de proseguir el plan de desintoxicación. Los autores han hallado a menudo que muchos pacientes parecen tener un umbral de metadona específico e individual. Este umbral es un punto a partir del cual se hace muy difícil proseguir la reducción de la dosis y el paciente se vuelve claramente sintomático, cayendo frecuentemente en el consumo de otras drogas o alcohol para aliviar su sufrimiento.

El médico y el equipo asistencial deben estar atentos a la sustitución durante la desintoxicación con otras sustancias, tales como el alcohol, cocaína, hipnosedantes u otras sustancias no opiáceas. La «adicción de sustitución» es a menudo más devastadora que la propia heroínomanía y no es un buen «recambio» de un tratamiento de mantenimiento con metadona seguro y prolongado.

Muchos clínicos tienen cierto éxito con la desintoxicación con clonidina y, en algunos casos, con naloxona y/o naltrexona. La discusión de estas técnicas va más allá del alcance de este manual.

## RESUMEN

La correcta determinación de la dosis de metadona de los pacientes en tratamiento de mantenimiento debe ser individualizada y realizada por un médico con experiencia, evaluando minuciosamente los datos objetivos y subjetivos. Para la mayoría de los pacientes, la dosis cotidiana óptima se sitúa entre 80 y 120 mg. El objetivo principal es alcanzar la dosis adecuada. Las teorías sobre «alta dosis-baja dosis» son irrelevantes.

El objetivo principal del mantenimiento con metadona es el abandono del uso ilegal e inapropiado de estupefacientes, y más específicamente de la vía intravenosa. Es importante que los médicos y el personal del equipo asistencial estén bien informados de la importancia de una dosis adecuada. Esperamos que en un futuro próximo las determinaciones de la concentración plasmática o de la tasa sérica de metadona estén

ampliamente disponibles y sirvan para establecer una dosificación fundamentada en la farmacocinética que garantice la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona.

## RECOMENDACIONES

- Determinar la dosis de metadona en base a una buena valoración clínica hecha por un médico con experiencia que ha examinado previamente al paciente; la dosis no es competencia de las autoridades responsables de la reglamentación o de la política legislativa.
- Administrar dosis de metadona suficientes para producir la respuesta deseada en el paciente durante el tiempo conveniente, garantizando un margen de eficacia y seguridad. La mayoría de los pacientes acabará por alcanzar una dosis eficaz, cuyo límite inferior se sitúa en torno a 50 mg y el límite superior sobre 120 mg. Para la mayoría de los pacientes la dosis eficaz debería situarse en 80 mg, más/menos 20 mg.
- Asegurarse que los antecedentes del paciente y el examen físico apoyan la valoración del médico y determinan que es un candidato al que le conviene el tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Establecer la dosis inicial en base a la evaluación realizada por el médico a partir del historial y la situación actual del paciente, teniendo en cuenta condiciones locales, tales como la pureza relativa de las drogas de la calle.
- Determinar la dosis de mantenimiento individualmente, prestando atención a las informaciones esenciales aportadas por el paciente. Esta dosis debería determinarse por un médico con experiencia y ser adecuada para producir los efectos deseados en 24 horas o más, con un margen que permita ciertas fluctuaciones cotidianas.
- Proseguir el mantenimiento con metadona tanto tiempo como el paciente lo desee y el tratamiento sea beneficioso.
- Evitar modificar las dosis, ya sea aumentándolas o disminuyéndolas para reforzar un comportamiento positivo o penalizar un comportamiento negativo.
- Tratar el dolor utilizando agonistas opiáceos de corta duración; a menudo podemos alcanzar un alivio utilizando dosis más altas a mayor frecuencia.
- No intentar una desintoxicación, excepto si el paciente rehabilitado lo desea firmemente.

## REFERENCIAS

- AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE. *American Society of Addiction Medicine Policy Statement on Methadone Treatment*. Washington, DC: American Society of Addiction Medicine, 1991.
- BALL, J.C. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior* 29(Sept.): 214-226, 1988.
- BALL, J.C. and ROSS, A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag, 1991.
- BASELT, R.C. *Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man*. Davis, CA: Biomedical Publications, 1982.
- BORG, L.; HO, A. and KREEK, M.J. Correlation of methadone blood levels from three laboratories with dosage and abstinence symptoms: A pilot study. In: *Problems of Drug Dependence 1992: 54th Annual Scientific Meeting*. Keystone, CO: Committee on Problems of Drug Dependence, Inc., June 1992.
- CAPLEHORN, J.R.M. and BELL, J. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *The Medical Journal of Australia* 154: 195-199, 1991.
- COOPER, J.R. Ineffective use of psychoactive drugs – methadone treatment is no exception. *Journal of the American Medical Association* 267(2): 281-282, 1992.
- D'AUNNO, T. and VAUGHN, T.E. Variations in methadone treatment practices result from a national study. *Journal of the American Medical Association* 267(2): 253-258, 1992.
- DOLE, V.P. Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association* 260: 3025-3029, 1988.
- DOLE, V.P. and NYSWANDER, M.E. Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. *New York State Journal of Medicine* 66(15): 2011-2017, 1966.
- GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Methadone Maintenance: Some Treatment Programs Are Not Effective; Greater Federal Oversight Needed*. GAO/HRD-90-104, 1990.
- INTURRISI, C.E. and VEREBEY, K. The levels of methadone in the plasma in methadone maintenance. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 13:633-637, 1972.

KANTOR, T.G.; CANTOR, R and TOM, E. A study of hospitalized surgical patients on methadone maintenance. *Drug & Alcohol Dependence* 6: 163-173, 1980.

KREEK, M.J. Plasma and urine levels of methadone. *New York State Journal of Medicine* 73(23): 2773-2777, 1973.

KREEK, M.J. Drug interactions with methadone. *Annals of the New York Academy of Sciences* 281: 350-371, 1976.

KREEK, M.J. Medical complications in methadone patients. *Annals of the New York Academy of Sciences* 311: 110-134, 1978.

KREEK, M.J. Medical management of methadone-maintained patients. In: Lowinson, J.H. and RUIZ, P., eds. *Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1981, pp. 660-670.

KREEK, M.J. Tolerance and dependence: Implications for the pharmacological treatment of addiction. In: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence, 1986*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 76. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1986.

KREEK, M.J. Opiate-ethanol interactions: Implications for the biological basis and treatment of combined addictive diseases. In: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 81. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1987.

KUHN, K.L.; HALIKAS, J.A. and KEMP, K.D. Carbamazepine treatment of cocaine dependence in methadone maintenance patients with dual opiate-cocaine addiction. In: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 95. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1989.

LOIMER, N.; SCHMID, R.; GRUNBERGER, J.; JAGSCH, R.; LINZMAYER, L. and PRESSLICH, O. Psychophysiological reactions in methadone maintenance patients do not correlate with methadone plasma levels. *Psychopharmacology (Berl)* 103(4): 538-540, 1991.

MARTIN, J.; PAYTE, J.T. and ZWEBEN, J.E. Methadone maintenance treatment: A primer for physicians. *Journal of Psychoactive Drugs* 23(2): 165-176, 1991.

McCARTHY, J.J. and BORDERS, O.T. Limit setting on drug abuse in methadone maintenance patients. *American Journal of Psychiatry* 142(12): 1419-1423, 1985.



NILSSON, M.I.; WIDERLOV, E.; MERESAAR, U. and ANGGARD, E. Effect of urinary pH on the disposition of methadone in man. *European Journal of Clinical Pharmacology* 22: 337-342, 1982.

PAYTE, J.T. A patient on carbamazepine 800 mg daily and methadone 180 mg. Blood plasma levels at 3 hours 118 ng/ml and less than 25 ng/ml at 24 hours. Unpublished data.

STITZER, M.L.; BICKEL, W.K. and BIGELOW, G.E. Altered dose incentive procedures: Effects on polydrug use among methadone maintenance patients. In: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence, 1986*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 76. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1986.

TONG, T.G.; POND, S.M.; KREEK, M.J.; JAFFERY, N.F. and BENOWITZ, N.L. Phenytoin-induced methadone withdrawal. *Annals of Internal Medicine* 94(3): 349-351, 1981.

WOLFF, K.; SANDERSON, M.; HAY, A.W.M. and RALSTRICK, D. Methadone concentrations in plasma and their relationship to drug dosage. *Clinical Chemistry* 37(2): 205-209, 1991.

ZWEBEN, J.E. and PAYTE, J.T. Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence: A current perspective. *Western Journal of Medicine* 152(5): 588-599, 1990.



## EL ANÁLISIS DE ORINA COMO INSTRUMENTO CLÍNICO

IRA J. MARION, M.A.

### INTRODUCCIÓN

El análisis de muestras de orina para detectar la presencia de metadona y de otras drogas es parte integrante de los PMM desde sus inicios. Los que desarrollaron el mantenimiento con metadona, los doctores Vincent P. Dole y Marie E. Nyswander, introdujeron el análisis de orina como medida para objetivar la eficacia del programa ante la comunidad científica y como instrumento clínico para permitir a los terapeutas constatar con el paciente sus progresos hacia los objetivos establecidos. Sin embargo, no existe ningún protocolo o manual destinado a los clínicos, los coordinadores o las estructuras estatales que ayude a comprender la relación entre los controles de orina y el tratamiento. Esta carencia existe a pesar de la creciente preocupación por la desviación de la metadona hacia el mercado negro y por los pacientes que continúan abusando de drogas y alcohol durante el tratamiento.

### BASES LEGALES DEL ANÁLISIS DE ORINA

El análisis de orina es, desde 1972, un requisito obligatorio en el marco de los mantenimientos con metadona tanto en Estados Unidos como en otros países, si bien las exigencias en este tema han evolucionado con el tiempo. La FDA,<sup>1</sup> en coordinación con el NIDA,<sup>2</sup> tiene la responsabilidad de la vigilancia y reglamentación de los programas de mantenimiento con metadona. Actualmente, las reglamentaciones promulgadas por la FDA y el NIDA (21 CFR, Part 291) exigen el análisis de una muestra de orina en el momento del inicio del tratamiento y de ocho muestras recogidas al azar durante el primer año para detectar la presencia de drogas y metadona. Para los años siguientes

---

1. FDA: *Food and Drug Administration*. (N. del T.)

2. NIDA: *National Institute on Drug Abuse*. (N. del T.)

se requiere un mínimo de un análisis por trimestre, con la excepción de aquellos pacientes que reciben seis dosis de metadona para llevar<sup>3</sup> por semana en cuyo caso se requiere al menos un análisis mensual. Las reglamentaciones federales prescriben que cada muestra sea «recogida de modo que se minimice el fraude» [21 CFR, §291.505(d)(2)] y que se determine en ella la presencia de opiáceos, metadona, anfetaminas, cocaína y barbitúricos, así como de toda droga de la que se haya detectado consumo a nivel local. Además, las reglamentaciones definen que se recurra a laboratorios homologados a nivel federal y estatal. Todo cambio de laboratorio debe ser aprobado por la FDA. Finalmente, la reglamentación federal exige garantías del director del programa de que los resultados de los análisis de orina no van a ser utilizados únicamente para expulsar al paciente del programa, sino más bien como guía para modificar las estrategias terapéuticas. También debe contemplarse que cuando se utilicen los resultados de los análisis de orina para modificar las condiciones del tratamiento, se distinga entre resultados *aparentes* y resultados *definitivos*.

Estas normas constituyen las reglas mínimas relativas a los análisis de orina. En materia de tratamientos de mantenimiento con metadona, los Estados pueden elaborar sus propias normas y reglamentos, pudiendo ir más allá de la normativa federal; los programas deben respetar la normativa más restrictiva, sea la estatal o la federal. Ciertos Estados exigen que las analíticas sean efectuadas con más frecuencia. Por ejemplo, en el Estado de *New York*, donde unos 35.000 pacientes se encuentran en tratamiento de mantenimiento con metadona, el *Office of Alcoholism and Substance Abuse Services* (antiguamente la *Division of Substance Abuse Services*) exige que «el análisis de drogas en orina sea efectuado cada semana durante el primer trimestre en los pacientes que inician el tratamiento. Tras tres meses sin que se haya detectado consumo de drogas, se puede pasar a un análisis mensual» (*New York State Division of Substance Abuse Services* 1990, p. 94). Además, la reglamentación de *New York* exige que se vuelva a un régimen de un análisis semanal en todo paciente que presente un resultado positivo para alguna droga que no sea metadona.

Las disposiciones que definen el análisis de orina en el marco del tratamiento de mantenimiento con metadona difieren de un Estado a otro. Ciertos Estados no tienen exigencias específicas, de modo que para sus programas la reglamentación federal es la única vigente; a pesar de ello,

---

3. La literatura anglosajona se refiere a la expresión *take-home*, de uso frecuente entre los profesionales de habla hispana. (N.del T.)

las exigencias federales en materia de controles de orina deben ser consideradas como exigencias mínimas. Los programas deberían evaluar sus necesidades clínicas y establecer reglamentos y protocolos para integrar los análisis de orina en sus planes terapéuticos y en su práctica clínica.

Ocasionalmente, el *U.S. Public Health Service* reúne un *Comité Interinstitucional de Revisión de las Reglamentaciones en PMM*, compuesto por representantes de organismos federales implicados en las disposiciones reglamentarias o en la calidad de los PMM. Este comité comprende representantes de los siguientes organismos: FDA, NIDA, CSAT, DEA, ONDCP y VA.<sup>4</sup> El comité ha estudiado aspectos relacionados con los análisis de orina, en particular en lo referido a dosis para llevar, resultados positivos para drogas y negativos para la metadona.

## TÉCNICAS Y MÉTODOS

Desde los inicios del tratamiento de mantenimiento con metadona la tecnología del análisis de orina se ha desarrollado y mejorado, a medida que esta práctica se extendía. Durante la década de los 80, la preocupación por el consumo de drogas en el trabajo y entre los deportistas universitarios y profesionales ocasionaron un desarrollo espectacular de los procesos de detección de drogas en orina. Las implicaciones de esta práctica son extensas y tanto trayectorias profesionales como reputaciones están en juego (Coffman & Fernández 1991). Por este motivo son de capital importancia las técnicas utilizadas para la obtención de la muestra y la exactitud o validez de los métodos de análisis empleados (Schwartz *et al.* 1991). Cuando de los resultados depende la atribución de un puesto de trabajo, la participación en una competición deportiva de alto nivel o la autorización a la práctica del derecho o de la medicina, se suelen emplear sistemas sofisticados y costosos, como el radio-inmunoensayo (RIA) y la cromatografía de gases/espectrometría de masas (CS-SM). En general, se suele confirmar el resultado inicial del análisis mediante una técnica diferente y más sensible. Este método permite al laboratorio una verificación de los resultados —positivos o negativos— de alta especificidad. En la mayoría de los casos, la orina es obtenida bajo control directo y la muestra es sometida a un proceso de control para garantizar que procede de la persona en cuestión, que los resultados son precisos a nivel cualitativo y cuantitativo y válidos ante un tribunal.

Es fundamental distinguir estos métodos de los habitualmente utilizados en los PMM. Éstos suelen utilizar métodos de recogida de la mues-

---

4. DEA: *Drug Enforcement Administrations*; ONDCP: *Office of National Drug Controls*. VA: *Department of Veterans Affairs*. (N. del T.)

tra y de análisis que permiten hacer un control de rutina, mientras que los sofisticados métodos anteriormente descritos están más bien destinados a obtener pruebas legales. Es muy distinto descartar genéricamente la presencia de drogas en orina que realizar un test específico.

En la mayoría de centros con un funcionamiento adecuado se recogen muestras de orina de modo rutinario, no necesariamente bajo observación directa. En la práctica, los análisis de orina se suelen realizar de un modo aleatorio. Dependiendo del marco terapéutico y de las dimensiones del programa, la mayoría de centros delegan en un miembro del personal la responsabilidad de acoger al paciente y determinar si es necesario recoger una muestra de orina, generalmente antes de que reciba su dosis. Esta decisión puede tomarse en función de una lista aleatoria establecida por el ordenador o por el personal sanitario. Se remite al paciente a los servicios para que entregue una muestra de su orina en un recipiente etiquetado. Muchos programas vigilan los lavabos para que entre un solo paciente a la vez y no lleven consigo nada sospechoso. La persona que recoge la orina controla el recipiente para verificar que se trata de una muestra «fresca». A continuación, es embalada y remitida al laboratorio.

Para efectuar la determinación, y dado el volumen y gastos que suponen los controles de orina, la mayoría de PMM recurren a la cromatografía en capa fina o al ensayo inmuno-enzimático. La cromatografía en capa fina es uno de los métodos más antiguos y sigue siendo empleado como técnica en la detección global de drogas. Mediante esta técnica pueden detectarse anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos, metadona, propoxifeno, antidepresivos tricíclicos y nicotina. En Estados Unidos el método de dosificación inmuno-enzimática más frecuentemente utilizado es el sistema EMIT, que requiere poco tiempo, puede ser automatizado para determinaciones a gran escala y ser utilizado *in situ* por los programas de pequeño tamaño (Hawks 1986; Manno 1986).

Estos métodos, eficaces y de bajo coste, tienen ventajas y limitaciones. El ensayo inmuno-enzimático presenta una alta sensibilidad que permite detectar cantidades extremadamente pequeñas de sustancias de abuso, pero no tiene la especificidad para determinar qué tipo de droga de una determinada categoría se encuentra presente (Daistha & Tadrus 1975; Saxon *et al.* 1990). Por ejemplo, con este método se puede detectar la presencia de opiáceos pero no es posible distinguir entre morfina (el metabolito de la heroína que se excreta en orina), codeína, y

otros opiáceos como las semillas de opio corrientemente utilizadas en alimentación. La cromatografía en capa fina puede hacer estas distinciones, pero puede también producir falsos negativos ya que requiere cantidades relativamente elevadas de la droga de abuso para su detección en orina.

Sin embargo, ni uno ni otro método pueden ser empleados como prueba legal y un resultado aislado —con o sin confirmación— no puede ser presentado ante un tribunal de justicia certificando su exactitud. Estos métodos son útiles a modo de control en el contexto de un seguimiento regular, rutinario y aleatorio, que proporciona el patrón de funcionamiento de un paciente y determina la adecuación de su dosis de metadona, en particular cuando durante el tratamiento aparecen ciertas pautas de conducta.

Es importante que tanto los clínicos como las autoridades estatales y federales comprendan las limitaciones de los métodos de análisis de orina utilizados en la mayoría de los programas de mantenimiento con metadona (Morgan 1984). Este conocimiento puede mejorar el proceso terapéutico y disminuir ciertos problemas de reglamentación a los que se enfrentan sus responsables.

## PROCESOS EN EL ANÁLISIS DE ORINA

El análisis de orina es un elemento importante en el tratamiento de mantenimiento con metadona. Los resultados pueden ser utilizados como instrumentos eficaces, tanto por los clínicos como por la administración. A pesar de ello, los procesos de recogida de las muestras y su uso en el marco del tratamiento son, con frecuencia, fuente de confusión para pacientes, educadores, médicos y otros miembros del personal que deben tener en cuenta los resultados cuando conceden privilegios y cuando toman decisiones sobre dosificación y dosis para llevar.

Idealmente, el marco clínico en el que se efectúa la recogida de la muestra, así como la utilización de sus resultados para la planificación del tratamiento, deberían poder mejorar el proceso terapéutico, incluso si los privilegios se basan en los resultados de los controles de orina. Los PMM tendrían que ofrecer el tratamiento en un entorno terapéutico en el que reinara la confianza y seguridad y donde se reforzaran positivamente los esfuerzos de los pacientes. A pesar de la abundancia de los elementos de control, el modo en que intervienen los programas tiene una vital importancia. Por tanto, la mutua confianza y los progresos del paciente no podrán desarrollarse si éste debe entregar su orina

en un contexto autoritario y punitivo. En los programas que utilizan el análisis de orina para la toma de decisiones y concesión de privilegios relacionados con la metadona para llevar, es inevitable que exista una tensión. Por lo tanto, es importante valorar en su conjunto el proceso de recogida de las muestras de orina y las consecuencias que puedan tener los resultados.

Las muestras de orina deberían ser recogidas al azar y en base a la programación de visitas del paciente. Puede recurrirse a listas aleatorias obtenidas por ordenador o establecidas por el director del centro de tratamiento. Conviene explicar a los pacientes el modo de recogida de las muestras de orina así como la obligación de proporcionar una muestra cuando ésta es solicitada. Debe procederse a una limpieza frecuente de los servicios en los que se efectúa la recogida de orina y ofrecer en ellos permanentemente jabón y artículos higiénicos.

Dada la tendencia de los programas a minimizar la falsificación de las muestras de orina, las estrategias para este fin deberían estar guiadas por la ética y por el objetivo global del programa: la rehabilitación a través de un tratamiento a largo plazo. Los servicios destinados a la recogida de orina deberían carecer de suministro de agua caliente, con el fin de evitar que se calienten muestras procedentes del exterior; para evitar que más de una persona los utilice al mismo tiempo, su acceso debe ser visible para los miembros del equipo. Debe verificarse la temperatura de las muestras recogidas (las recién recogidas se encuentran siempre a la temperatura corporal, es decir, a unos 37 °C). En determinados centros se recurre a un termómetro y otros utilizan un recipiente de recogida que ya lo contiene. En numerosos PMM la recogida de la muestra se realiza bajo observación directa, mientras que otros utilizan un espejo unidireccional o incluso una cámara de vídeo para garantizar la fiabilidad. En la mayoría de los casos no es necesario recurrir a la observación directa a menos que la vigilancia sea una preocupación de primer orden. Si se recurre a la observación directa, ha de efectuarse dentro del respeto de la ética y de la intimidad del paciente, de modo profesional y que no perjudique las relaciones establecidas. Sea cuál sea el método empleado, la recogida ha de hacerse de orina de modo que se reduzcan al máximo las falsificaciones. Siempre deben ser tomadas las medidas apropiadas para manipular las muestras de orina (por ejemplo, la persona que las recoge debería siempre llevar guantes).

Se reducirán las falsificaciones de muestras si los pacientes no tienen la impresión de que se recurre a los resultados de los análisis para

penalizarlos. El consumo continuo de drogas constituye un problema clínico que requiere consejo, exploraciones médicas u otras intervenciones, pero no un castigo. Ciertas publicaciones sobre la cuestión mencionan programas que han disminuido la dosis de metadona como respuesta a análisis de orina positivos o que han expulsado pacientes tras varios controles positivos consecutivos. Tales reacciones predisponen a los toxicómanos contra el programa y no favorecen la confianza ni la calidad de la atención, cuando debería animarse a los pacientes a hablar de sus consumos con el personal del programa. El objetivo de los controles de orina es simplemente confirmar lo que ya ha sido comentado en las entrevistas individuales o grupales. Sin embargo, ciertos pacientes temen perder sus privilegios en cuanto a dosis para llevar y por ello niegan su consumo; en este caso, los resultados de los análisis advierten a los responsables de la existencia de un consumo. Los resultados positivos siempre deben ser discutidos con el paciente y su respuesta debería ser anotada en la historia clínica.

Ciertos pacientes persisten en su negación de todo consumo de drogas a pesar de las evidencias proporcionadas por el laboratorio. Los responsables del tratamiento de mantenimiento con metadona deben tomarse esta actitud en serio y no ver al paciente como un manipulador o mentiroso. Debería obtenerse información sobre toda medicación que tome el paciente, sea o no prescrita. Ello debería ser comentado con el farmacólogo o químico del laboratorio, con el fin de determinar si tales medicaciones pueden producir un resultado positivo o influir en los resultados en algún modo. En la medida de lo posible y en caso de que la muestra siga estando disponible, un resultado positivo debe ser confirmado por otro método. Si esto no es factible, el siguiente análisis debe realizarse solicitando su confirmación. También puede recurrirse a métodos de análisis más precisos, como el RIA<sup>5</sup> o la cromatografía gaseosa-espectrografía de masas. La orina puede ser recogida bajo observación directa y debe mantenerse un dispositivo de vigilancia para garantizar al paciente que se hacen todos los esfuerzos posibles en prevenir un error de laboratorio o para dar respuesta al paciente que se niega a admitir la realidad.

La mayoría de PMM registran un número importante de análisis de orina positivos a drogas ilegales o negativos a metadona que deben ser revisados y comentados. Los resultados positivos a la heroína deberían entenderse como un signo de que debe reevaluarse médicamente la dosificación y proponer consejos en materia de toxicomanías y preven-

---

5. Radio-inmuno-ensayo. (N. del T.)



ción del VIH, es decir que deberían traducirse en una respuesta clínica en términos terapéuticos, incluso cuando ello ocasione una pérdida de privilegios. Igualmente, y con motivo de una preocupación reglamentaria de evitar un desvío de la metadona hacia el mercado ilegal, deben evaluarse cuidadosamente unos análisis negativos a metadona. Una vez más, los resultados no deberían ser utilizados para castigar a los pacientes sino más bien para permitir al equipo clínico explorar otras técnicas terapéuticas para contrarrestar esta situación (ver capítulos 3 y 8).

Ciertos programas han logrado, mediante una asociación de la recogida de muestras de orina con otros protocolos terapéuticos, orientar sus prestaciones de servicios y de atención social reduciendo el aspecto «represivo» de los controles de orina. En los programas del *Albert Einstein College of Medicine* y del *Montefiore Medical Center de New York* se recoge mensualmente la orina de todas aquellas pacientes que lo autorizan para efectuar un test de embarazo (ver anexo 1: ejemplo de formulario de consentimiento informado para test de embarazo). Es fácil combinar este proceso con la recogida de la orina para el control de drogas; ello permite a los programas ayudar a las pacientes a detectar precozmente su embarazo y a iniciar atención prenatal y otras intervenciones destinadas a mejorar su futuro y el de sus hijos. Por este proceso se contribuye a presentar el análisis de orina bajo un ángulo lo más positivo posible.

La administración debería igualmente estudiar los informes de análisis de orina para velar por el cumplimiento de los reglamentos e identificar las tendencias de consumo que requieran un reajuste de los recursos financieros y clínicos. Durante estos últimos quince años, la toxicomanía ha cambiado notablemente a medida que se popularizaban drogas como los barbitúricos, las anfetaminas, los hipnosedantes y la cocaína. Cada droga posee diferentes implicaciones terapéuticas y los análisis múltiples engendran diversas preocupaciones de tipo financiero. Las determinaciones en orina se han mostrado útiles, aportando un instrumento de medida de la extensión de los problemas. La administración también pueden recurrir a ellos para controlar la eficacia de sus programas. Así, por ejemplo, un programa que prescriba dosis adecuadas no debería sobrepasar el 10 % de controles de orina positivos. De igual importancia es que cerca del 100 % de los análisis de orina del programa sean positivos a la metadona, pues un porcentaje inferior indicaría un desvío de la metadona hacia el mercado ilegal que haría necesarias medidas administrativas. Los directores del programa deben garantizar que la orina sea analizada al azar y con frecuencia requerida. También

deberían preocuparse por que los resultados positivos a drogas de abuso (así como los negativos a la metadona) conlleven una respuesta adecuada por parte del personal clínico y que las informaciones y decisiones sean registradas en la historia clínica.

Los pacientes que persisten durante el tratamiento en un consumo de drogas ilegales o de psicotropos no prescritos constituyen una preocupación mayor y son objeto de acciones reglamentarias por parte de la FDA y de la DEA, vigilantes ante una posible desviación de la metadona hacia el mercado ilegal por pacientes que abusan de drogas. De hecho, la mayoría de medidas adoptadas por la FDA se aplican al fracaso en la utilización de los resultados de los controles de orina para modular el número de dosis para llevar (Molinari, comunicación personal, 1991). Para la DEA y la FDA existe una asociación entre desviación de metadona hacia el mercado ilegal, uso continuado de drogas ilegales y dispensación de dosis para llevar. Los programas pueden contribuir a resolver estos problemas si registran cuidadosamente los métodos de recogida de las orinas destinados a prevenir su falsificación así como las respuestas frente a resultados positivos a drogas ilegales o negativos a la metadona.

## PREOCUPACIONES Y PROBLEMAS

Los programas de tratamiento con metadona deben combinar los aspectos reglamentarios relativos a la administración controlada de un estupefaciente —la metadona— con los relativos a la calidad del tratamiento clínico. Los análisis de orina ilustran este delicado equilibrio y requieren, por parte del programa, una cuidadosa evaluación de su política y protocolos a fin de ofrecer unas prestaciones de calidad combinadas con una prevención del mal uso o desvío de la metadona hacia el mercado ilegal. En la mayoría de centros de tratamiento se realizan controles preliminares, aunque no de un modo regular y coherente. Los análisis son efectuados de manera rutinaria para confirmar las impresiones clínicas o el diagnóstico. El personal debe evitar que los resultados de los controles de orina se conviertan en el único medio para la detección de problemas de consumo en los pacientes y debe asegurarse que no se ignoren las necesidades terapéuticas de aquellos pacientes cuyos resultados no indiquen un consumo de estupefacientes. Con demasiada frecuencia, el personal sobrecargado se limita a examinar los resultados de los análisis con el fin de detectar quienes son positivos a drogas ilícitas o negativos a la metadona y así adaptar el régimen terapéutico, sin dedicar el tiempo y los esfuerzos necesarios al desarrollo de una relación de confianza. La formación y educación del personal en el

campo de los análisis de orina puede contribuir a mejorar esta situación. Un debate franco sobre las dificultades a las que se ven confrontados tanto los pacientes como el programa puede ayudar a los clínicos a comprender las ventajas de estas determinaciones.

Una de las preocupaciones principales de las autoridades y de los programas es la frecuencia de los análisis. En relación a cuestiones de coste y fiabilidad, ciertos programas los limitan, mientras otros ignoran los resultados considerando que no son fiables. Estos son problemas reales a los que se enfrentan los servicios y que requieren una seria reflexión. La frecuencia de los análisis de orina debería estar clínicamente adaptada a cada paciente y permitir una rápida respuesta en caso de recaída. Deberían ser efectuados con frecuencia suficiente para ayudar a tomar decisiones fundamentadas en cuanto a las dosis de metadona para llevar. En pacientes que continúan consumiendo drogas o cuyos resultados son negativos a la metadona debería mantenerse un control semanal. Aquéllos que acuden al centro una vez por semana deberían entregar una muestra en cada visita. A esta frecuencia, los controles proporcionan protección al paciente vulnerable, permitiendo una intervención terapéutica rápida cuando es necesario. De todos modos, los programas no tendrían que tomar decisiones clínicas que afecten a la vida de los pacientes basándose únicamente en los resultados de los controles de orina. Deberían comentarse los resultados con el paciente y evaluarlos junto con otros aspectos. En el caso de que el paciente niegue el consumo, a pesar de resultados positivos, deberá recurrirse a un análisis de confirmación o a métodos más sofisticados.

Las preocupaciones relativas a los pacientes que revenden su medicación y los efectos negativos que esto pueda ejercer sobre la eficacia del tratamiento y su credibilidad frente a la población han conducido a un incremento de la reglamentación. Debido al desvío hacia el mercado ilegal, los inspectores de la FDA conceden una especial atención a los resultados de los análisis de orina y verifican que el programa terapéutico reaccione de modo adecuado en relación a las dosis para llevar, en caso de análisis de orina negativo a la metadona y/o positivo a drogas. Entre las consecuencias de esta observación más minuciosa aparece que las autoridades hayan declarado que numerosos programas no se ajustaban a las exigencias vigentes y que el tratamiento propuesto era inadecuado. Se deduce, igualmente, que estas infracciones han aumentado el desvío de la metadona hacia el mercado ilegal. Además de la FDA, también la DEA ha basado sus actuaciones en los informes relativos a la conformidad en el tema de los análisis de orina.

Como resultado de ello, numerosos programas han pasado a basarse únicamente en los análisis de orina para atribuir sus privilegios en la cuestión de la metadona para llevar.

Si bien puede ser difícil establecer una relación entre el desvío de la metadona hacia el mercado ilegal y los resultados de los análisis de orina, los programas deberían justificar de modo apropiado la entrega de metadona para llevar y muy particularmente cuando los resultados son negativos para la metadona o positivos para drogas. Deberían igualmente elaborar protocolos basados en el tipo de análisis que efectúa el laboratorio. Aquellos cuyos laboratorios utilizan la cromatografía en capa fina deberían ser conscientes de que dosis bajas de metadona pueden traducirse ocasionalmente en resultados negativos y que este fenómeno es tanto más frecuente cuanto más baja es la dosis. Si bien los resultados de los controles de orina deben ser considerados como uno de los parámetros que intervienen al conceder privilegios relacionados con la metadona para llevar, deben tenerse en cuenta otras consideraciones, como que el paciente trabaje, e incluirlas como elemento de decisión (la reglamentación federal [21 CFR §291.505(d)(6)(IV)] propone ocho criterios en relación a conceder las dosis de metadona para llevar). Con frecuencia, se retiran los privilegios con el único objetivo de prevenir un eventual desvío del medicamento, sin que los resultados positivos de los análisis de orina conlleven otra respuesta por parte del programa. Actuando así, el programa crea una barrera entre él mismo y el paciente, apareciendo más como una unidad de control y de vigilancia que como un estamento terapéutico; los pacientes reaccionan en consecuencia.

La fiabilidad de los análisis es otro problema esencial (Blanke 1986; Morgan 1984). Ciertos programas han estimado que, dada la escasa fiabilidad de los análisis, no se justifica un control frecuente o la utilización de los resultados para la toma de decisiones terapéuticas. Si bien es importante comprender las diferencias existentes entre los diversos métodos de laboratorio, así como las limitaciones de determinadas técnicas, debe considerarse el análisis de orina como una prueba fundamentalmente fiable, especialmente en programas que controlan tendencias sin actuar en función de un solo y único análisis. Es importante comprender que la precisión depende de la elección del laboratorio, de la utilización de material y metodología adecuados, del control de calidad y de la utilización de normas válidas, pues todos ellos son elementos implicados en el análisis. En todo test de laboratorio pueden producirse errores humanos, confusión de resultados, problemas en la custodia de las muestras o de otro tipo. Todos ellos pueden reducirse

notablemente cuando las decisiones son el fruto de una madura reflexión.

Las publicaciones relacionadas con la fiabilidad de la toxicología en orina son escasas; sin embargo, se han realizado diversos estudios para evaluar la precisión de las técnicas de control utilizadas habitualmente. En su conjunto, tales estudios evalúan su precisión en menos del 70 %, comparadas con el radio-inmunoensayo o la cromatografía gaseosa-espectrometría de masas. En base a las diferencias en los costes, las técnicas empleadas son convenientes para las necesidades del mantenimiento con metadona. Cuando los resultados son cuestionados, o se prestan a confusión, se debería efectuar un test de confirmación. Cuando se utiliza la dosificación inmuno-enzimática y el paciente niega todo consumo de droga, puede ser útil recurrir a la cromatografía en capa fina. Estos medios de confirmación ayudan a superar las limitaciones de las técnicas de cribaje, aunque no suele ser necesario recurrir a ellos.

## RESUMEN

Los análisis de orina pueden ser una valiosa ayuda clínica y aportan informaciones para garantizar la planificación del programa. Se debe, sin embargo, velar porque el control se efectúe en un clima terapéutico y humano; los resultados obtenidos deberían ser empleados para confirmar las impresiones clínicas, para mejorar el tratamiento y conducir a modificaciones del plan terapéutico. Tanto las autoridades como los equipos de los programas tendrían que estar suficientemente formados e instruidos con los tests empleados, a fin de comprender sus ventajas y limitaciones. La historia clínica debe contener los resultados y las justificaciones oportunas, en particular cuando se mantiene el régimen de entrega de metadona para llevar a pesar de los resultados positivos.

## RECOMENDACIONES

- Considerar las exigencias federales en materia de análisis de orina como un mínimo; evaluar las necesidades clínicas y desarrollar políticas y protocolos con el fin de integrar el análisis de orina en la planificación y seguimiento del tratamiento.
  - Obtener las muestras de orina en una atmósfera terapéutica que evoque confianza y seguridad y no autoridad y sanción.
- Recoger las muestras de modo aleatorio y en base al calendario de los días en que el paciente acude al centro.

— Informar a los pacientes sobre el modo en que las muestras de orina son recogidas y de su deber de proporcionarlas cuando sean solicitadas.  
— Velar por que los servicios destinados a la recogida de muestras estén siempre limpios y en ellos se ofrezca jabón y artículos higiénicos.  
— Efectuar la recogida de la orina de modo que se reduzcan al máximo los riesgos de falsificación; en el caso de la observación directa, actuar con ética y con respeto de la intimidad del paciente.

- Comentar los resultados positivos con el paciente e inscribir los resultados en la historia clínica; registrar igualmente las reacciones del paciente.

- Cuando un consumo continuado de droga constituye un problema, ofrecer consejos, efectuar un examen médico y otras intervenciones; el castigo no es una respuesta adecuada.

- Tomar en serio al paciente cuando niega firmemente haber consumido drogas y contemplar la posibilidad de que se trate de un falso positivo.

- Revisar la dosis cuando los resultados de los análisis son positivos para la heroína u otras drogas y ofrecer consejos en materia de toxicomanía y VIH; evaluar cuidadosamente los resultados negativos a la metadona.

- Controlar los resultados para asegurarse que sean conformes a los reglamentos vigentes y así poner de manifiesto las tendencias a nivel de consumo de drogas que podrían conducir a un reajuste de los recursos clínicos y financieros del programa; asegurarse que los resultados positivos son gestionados adecuadamente por el personal y que son registrados, al igual que las reacciones aparecidas, en la historia clínica.

- Asegurarse que la frecuencia de los análisis es la adecuada desde un punto de vista clínico y que permite una reacción rápida en caso de recaída.

- Efectuar los análisis a una frecuencia suficiente para poder ser utilizados en la toma de decisiones en cuanto a dosis de metadona para llevar; sin embargo, el personal no debería basarse únicamente en estos resultados para tomar decisiones clínicas.

- Evaluar la calidad del laboratorio elegido para los análisis; velar por que se utilice una metodología y un equipo adecuados y se efectúe un control de calidad; garantizar una calidad máxima en todos los niveles implicados en el proceso.

- Formar y educar convenientemente a los responsables y al personal del programa en el tema de los análisis y su proceso, de forma que sean bien comprendidas sus ventajas y sus límites.

## REFERENCIAS

BLANKE, R.B. Accuracy in urinalysis. In: *Urine Testing for Drugs of Abuse*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 73. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1986. pp. 43–53.

COFFMAN, N.B. and FERNÁNDEZ, J. Drugs of abuse testing. *Journal of the American Osteopath Association* 91(4):385–388, 395–396, 1991.

DAISTHA, K.K. and TADRUS, R. Comparison of costs for testing a wide variety of drugs of abuse per urine specimen in a drug abuse urine screening program and frequent urine collections. *Journal of Chromatography* 109(1):149–162, 1975.

HAWKS, R.D. Analysis methodology. In: *Urine Testing for Drugs of Abuse*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 73. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1986. p. 60.

MANNO, J.E. Interpretation of urinalysis results. In: *Urine Testing for Drugs of Abuse*. National Institute of Drug Abuse Research Monograph 73. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1986. pp. 31–32.

MORGAN, J.P. Problems of mass urine screening for misused drugs. *Journal of Psychoactive Drugs* 16(4):305–317, 1984.

NEW YORK STATE DIVISION OF SUBSTANCE ABUSE SERVICES. *1990 Substance Abuse Services and the Law*. Albany, New York, 1990.

SAXON, A.J.; CALSYN, D.A.; HAVER, V.M. and ERICKSON, L.A. nationwide survey of urinalysis practices of methadone maintenance clinics: Utilization of laboratory services. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 114(1):94–100, 1990.

SCHWARTZ, J.G.; ZOLLARS, P.R.; OKORODUDU, A.O.; CARNAHAN, J.J.; WALLACE, J.E. and BRIGGS, J.E. Accuracy of common drug screen tests. *American Journal of Emergency Medicine* 9(2):166–170, 1991.

## LECTURAS ACONSEJADAS

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Urine Testing for Drugs of Abuse*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 73. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1986.

## ANEXO 1

ALBERT EINSTEIN COLLEGE OF MEDICINE OF YESHIVA UNIVERSITY  
DIVISION OF SUBSTANCE ABUSE

*DETECCIÓN PRECOZ DEL EMBARAZO; CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DE LA PACIENTE CON RELACIÓN A LOS TESTS DE EMBARAZO RUTINA-  
RIOS*

Yo, ....., he sido informada de que el Albert Einstein College of Medicine, División Toxicomanías, procura detectar cuanto antes el embarazo en las pacientes que participan en sus programas. Con este esfuerzo se proponen reducir los problemas relacionados con el embarazo, permitiendo ofrecer los servicios médicos y sociales que puedan contribuir a garantizar la salud de la madre y de su hijo.

Comprendo que la detección precoz del embarazo me permitirá recibir cuidados preventivos prácticos y útiles. Por este motivo, acepto que la División de Toxicomanías efectúe un test de embarazo a partir de una muestra de orina que entregaré cada mes. Comprendo que seré informada cuanto antes de los resultados, a partir del momento en que la División los haya recibido.

Soy consciente que la División ofrece servicios globales a las pacientes embarazadas, incluida atención médica prenatal y asistencia familiar, y que tendré acceso a estos servicios si quedo embarazada. Haré lo posible por seguir las instrucciones y las directivas de la División en materia de embarazo y para beneficiarme de los servicios que me son ofrecidos. Haré lo posible por advertir al personal de la clínica de mis sospechas de un posible embarazo.

Comprendo que el objeto de este consentimiento informado es permitir a la División ofrecer a mi hijo y a mí, los servicios sociales y médicos adecuados en caso de quedar embarazada. Me consta que si me niego a firmar este consentimiento, ello no acarreará ninguna consecuencia negativa y que continuaré siendo tratada para la toxicomanía en la División, sin interrupción ni perjuicio. Doy mi acuerdo libremente y puedo anularlo en todo momento.

.....

*Fecha*

.....

*Firma de la paciente*

.....

*Firma del testigo*





## DISPENSACIÓN DE DOSIS PARA LLEVAR<sup>1</sup>: PRÁCTICAS RESPONSABLES

LAWRENCE BROWN, JR, M.D, M.P.H.

### INTRODUCCIÓN

Al igual que con cualquier producto farmacéutico, la utilización responsable de la metadona requiere una atención adecuada a ciertos aspectos clínicos y sociales esenciales. Éstos incluyen los principios fundamentales de la farmacocinética y de la farmacodinámica del producto, su potencial de abuso, la presencia o ausencia de un apoyo a nivel comunitario y las características de la población a la que está destinada. Este capítulo se centra en un aspecto importante del tratamiento de mantenimiento con metadona: la dispensación del *take home* o dosis para llevar.

La expresión «dosis para llevar» se refiere a aquellas dosis que el paciente ingiere sin que haya una observación directa por parte de un responsable sanitario. La sección 291.505 (d)(6) de la reglamentación federal regula la administración de medicamentos para llevar (21 CFR, Part 291). Además de ello, en diversos Estados se aportan precisiones, tanto generales como específicas, que amplían las exigencias federales aplicadas al caso concreto de los pacientes que reciben metadona para llevar.

Los terapeutas que desean ofrecer dosis de metadona para llevar deberán empezar por consultar a las autoridades de su Estado, solicitando la reglamentación vigente. Los principios generales enunciados en este capítulo no están destinados a reemplazar las reglamentaciones vigentes en los Estados, sino a subrayar los puntos clave que los programas deben tener en cuenta, incluidas las indicaciones clínicas y las directivas para la vigilancia de los pacientes que pueden recibir metadona para llevar.

---

1. La literatura anglosajona se refiere a la expresión *take-home*, de uso frecuente entre los profesionales de habla hispana, para referirse a las dosis de metadona entregadas al paciente para que se las lleve consigo y las ingiera en los días en que no acude al centro. En esta traducción hemos optado por la expresión «dosis para llevar».

## FACTORES RELACIONADOS CON LA METADONA PARA LLEVAR QUE DEBEN SER TENIDOS EN CUENTA

La reglamentación federal (21 CFR, §291.505(d)(6)(IV)(B)(1)) exige que el médico del programa de mantenimiento con metadona *considere, cuando determina según su apreciación clínica, si un paciente es responsable en materia de medicación estupefaciente, los puntos siguientes:*

1. Ausencia de abusos tóxicos recientes (se trate o no de estupefacientes), alcohol incluido.
2. Regularidad en la toma del tratamiento.
3. Ausencia de problemas de comportamiento importantes en el centro de tratamiento.
4. Ausencia de actividad delictiva reciente, como por ejemplo venta de drogas.
5. Estabilidad del entorno familiar y de las relaciones sociales del paciente.
6. La duración del tratamiento seguido hasta el momento.
7. La certeza de que la metadona para llevar podrá ser conservada con seguridad en el domicilio del paciente.<sup>2</sup>
8. Si los beneficios para el paciente, derivados de la disminución de la frecuencia de sus visitas al centro, compensan el riesgo potencial de desvío de la metadona hacia el mercado ilegal.

La asistencia regular del paciente en tratamiento de mantenimiento con metadona es importante y contribuye a la obtención de buenos resultados clínicos. Ocurre, sin embargo, que en el curso del tratamiento la exigencia de una presencia casi diaria supone un problema para pacientes que requieran una mayor flexibilidad. Acudir con menos frecuencia puede ser igualmente importante para favorecer la rehabilitación o para mejorar la respuesta del paciente a otros aspectos del tratamiento. Es fundamental no entregar metadona para llevar a pacientes que no ofrezcan las garantías suficientes contra un abuso de la metadona o su desvío hacia el mercado ilegal.

---

2. La reglamentación federal (P.L. 91-601, 15 U.S.C. 1471) estipula que las dosis de metadona para llevar deben ser entregadas en recipientes de seguridad que no puedan ser manipulados, en especial por niños.

Varios factores son importantes cuando se intenta establecer un equilibrio entre los efectos beneficiosos y las consecuencias negativas de las dosis para llevar. Al decidir iniciar o mantener la entrega de metadona para llevar debería tenerse en cuenta de manera específica los factores positivos siguientes:

- El paciente ha permanecido en tratamiento un período de tiempo suficiente.
- El paciente no presenta ningún signo o síntoma de abstinencia.
- Los análisis bioquímicos de los últimos 90 días muestran:
  - Ausencia de drogas ilegales y presencia de metadona en los análisis de orina.
  - Concentraciones plasmáticas de metadona que permanecen dentro del margen terapéutico óptimo.
- El paciente no padece en la actualidad un alcoholismo no tratado.
- La metadona para llevar ayudará al tratamiento de un trastorno médico coexistente.
- Cualquier otro tratamiento por un problema médico, psicológico o por un problema de alcoholismo es seguido escrupulosamente.
- El privilegio de llevarse dosis aumentará el potencial de reinserción del paciente, permitiéndole tener un empleo, seguir una formación profesional o escolar, o una escuela de padres.
- Las dosis para llevar serán apropiadas en situaciones de urgencia, como sería una crisis personal o familiar, un duelo u otras.

Los factores que pueden influir *negativamente* en la decisión de entregar dosis de metadona para llevar pueden ser los siguientes:

- El paciente presenta signos o síntomas de abstinencia o mantiene un consumo de drogas ilegales.
- El paciente padece una enfermedad coexistente con riesgo de complicarse por la ingesta de metadona y que requiere por lo tanto una observación y una vigilancia clínicas más frecuentes.
- El paciente no sigue escrupulosamente un tratamiento indicado por un problema médico, psicológico agudo o crónico coexistente.
- El paciente presenta trastornos del comportamiento (como mantener actividades delictivas), lo cual puede indicar que no es un buen candidato para recibir metadona para llevar.

- La inestabilidad del entorno del paciente o de sus relaciones familiares representa un riesgo de desvío hacia el mercado ilegal o de uso accidental de las dosis de metadona entregadas para llevar.

No existe absolutamente ningún fundamento científico que justifique tener en consideración la dosis diaria de metadona para determinar si un paciente debe recibir metadona para llevar o para establecer el número de dosis que se le debe entregar. El hecho de que reciba 60 o 100 mg al día no es un factor que determine si es adecuado entregarle la metadona para llevar. La única excepción a este principio es que la reglamentación federal establece que un paciente mantenido a 100 mg/día debe recibir una autorización especial para recibir metadona para llevar (CFR, §291.505(d)(b)(IV)). El riesgo de abuso o de desvío se reduce cuando un paciente recibe una dosis adecuada.

En el campo de la práctica clínica, son necesarios al menos dos de los factores que se señalan en este capítulo para la justificación de la entrega a un paciente de metadona para llevar. Esta evaluación clínica requiere la participación pluridisciplinar para tener en consideración los diversos factores médicos, sociales y relacionados con el proceso de rehabilitación. Un equipo en el que estén representadas las diversas disciplinas constituye el mejor medio para reunir y comentar las informaciones necesarias en cada caso. A pesar de que la reglamentación federal insista en el papel del médico o de la persona designada por él, la visión de un equipo pluridisciplinario es la que ofrece la mejor perspectiva para una visión global de la situación.

## ELEMENTOS A FAVOR DE LA ENTREGA DE METADONA PARA LLEVAR

### *Duración suficiente del tratamiento*

La duración del tratamiento es un factor importante para determinar si la entrega de metadona para llevar es apropiada para un paciente determinado. De hecho, la reglamentación federal relaciona el número de dosis de metadona para llevar autorizadas con el tiempo que el paciente lleva en tratamiento. Existen evidencias de que el buen pronóstico está correlacionado con la duración del tratamiento (Ball *et al.* 1988). En consecuencia, se puede deducir intuitivamente que cuánto más tiempo lleve un paciente en tratamiento, más susceptible será de recibir metadona para llevar. Por supuesto, con esta hipótesis se sobreentiende que se ha considerado el conjunto de los demás aspectos clínicos, como es que el paciente mantenga una actividad profesional, siga

estudios, se haga cargo de los hijos o participe en otras actividades constructivas.

Ignoramos en qué estadio conviene iniciar la entrega de metadona para llevar. De hecho, no tenemos ninguna prueba científica que indique si ello debe iniciarse tras dos meses, tres meses o un año. En consecuencia, numerosos clínicos se basan en otros factores —además de las directivas reglamentarias— para determinar el inicio de la entrega de dosis para llevar.

### *Estabilidad clínica*

Otro factor que hay que considerar es la presencia de signos físicos o psíquicos de abstinencia. Su persistencia indica que el paciente todavía no ha alcanzado la estabilidad clínica deseada. Un paciente en el que persisten signos o síntomas de abstinencia no debería recibir dosis para llevar; sino que al contrario, debería ser objeto de una observación clínica más frecuente.

### *Exigencias debidas a un trastorno médico coexistente*

La presencia de un trastorno médico coexistente y su gravedad son importantes factores que hay que considerar para determinar la adecuación clínica de la entrega de metadona para llevar. En el caso de pacientes con enfermedades que afectan su capacidad de desplazamiento, puede ser necesaria una disminución de la frecuencia de sus visitas al centro para favorecer la curación o para prevenir complicaciones. En este caso, la entrega de metadona para llevar constituye una necesidad médica en el sentido clásico de la palabra.

Hoy en día esta situación es realmente de actualidad debido a que un número muy elevado de personas infectadas por el VIH o con sida son adictos por vía parenteral. En sus fases avanzadas existen complicaciones que limitan moderada o gravemente las capacidades del paciente para desplazarse. Ello puede ser debido tanto al sistema locomotor como a una afectación severa de la función cardiopulmonar. En tales circunstancias, la metadona a domicilio garantizaría que los pacientes con trastornos relacionados con el VIH no interrumpen su dosis diaria de metadona. Ciertos terapeutas temen que los pacientes con una historia de abuso de sustancias reaccionen a un sida avanzado aumentando el consumo de estupefacientes. Si el paciente está en condiciones de realizar los esfuerzos necesarios para procurarse estupefacientes, puede deducirse que la disminución de la frecuencia de las visitas estará menos justificada.

### *Aumento del potencial de rehabilitación*

Otro aspecto importante que puede hacer recomendable la entrega de metadona para llevar es la contribución de esta práctica en el proceso de la rehabilitación. Los pacientes progresan en su reinserción con la ayuda de actividades revalorizadoras, tanto desde el punto de vista de su familia como de la comunidad, tales como un trabajo, una formación, etc. En consecuencia, es importante que los clínicos los animen a implicarse en tales actividades. En la medida en que la metadona para llevar lo facilita, este privilegio juega un papel fundamental en el proceso de curación de estos pacientes.

### *Situaciones de urgencia*

Finalmente, existen algunas situaciones de urgencia en las que la entrega de un número limitado de dosis para llevar puede estar indicada. Entre ellas figuran las crisis personales o familiares, los viajes, los duelos u otras dificultades.

Los viajes comportan ciertos problemas. Por una parte, cabe suponer que los pacientes (y sus familias) que se encuentran a un nivel de reinserción avanzado podrían beneficiarse de períodos de descanso, como serían unas vacaciones. Por otra, los terapeutas deberían seleccionar aquellos candidatos válidos para la entrega de dosis para llevar en períodos de vacaciones. Si existen dudas sobre el riesgo de abuso o de desvío de la metadona hacia el mercado ilegal, los clínicos deberían examinar las ventajas que representaría la administración de la metadona en un centro terapéutico situado en las proximidades de su destino.

## FACTORES EN CONTRA DE LA ENTREGA DE METADONA PARA LLEVAR

### *Signos y síntomas de abstinencia*

No debería contemplarse la entrega de dosis para llevar a pacientes que no hayan alcanzado una estabilidad clínica. Ciertos análisis de laboratorio pueden resultar útiles en ausencia de signos clínicos. Se desaconseja entregar metadona para llevar a aquellos pacientes cuyo consumo de estupefacientes ilegales quede objetivado mediante los análisis de orina, cuyos controles de orina no muestren la presencia de metadona o cuyas concentraciones plasmáticas de metadona sean inferiores a las concentraciones óptimas. Ello por dos razones obvias:

- El consumo continuado de estupefacientes ilegales representa un riesgo de desvío de la metadona para llevar hacia el mercado ilegal.

- La prueba bioquímica de ausencia, o de un nivel insuficiente, de metadona en plasma puede indicar un mal cumplimiento del tratamiento, el desvío de la metadona hacia el mercado ilegal o un problema médico que requiere atención.

La sensibilidad y especificidad de los diversos métodos de evaluación del consumo de estupefacientes ilegales comportan importantes implicaciones clínicas, especialmente para aquellos pacientes que siguen consumiendo. Debemos por lo tanto tener en cuenta los límites de los diferentes métodos de análisis. En primer lugar, si bien el riesgo de un falso positivo para una población de alto riesgo (en materia de consumos) es generalmente mínimo, el riesgo de falsos negativos varía en función de los métodos de análisis utilizados. En segundo lugar, muy pocos laboratorios están equipados para determinar la concentración plasmática de metadona. A medida que progresan los conocimientos y las técnicas serológicas aumentan las presiones ejercidas sobre los profesionales para que recurran a instrumentos clínicos más objetivos, específicos y sensibles (Henderson & Harkey 1990; Inturrisi & Verebey 1972).

#### *Riesgo de complicaciones debidas a una enfermedad coexistente*

Incluso en el caso de enfermedades ajenas al VIH, como la tuberculosis multi-resistente, puede ocurrir que la metadona complique un trastorno coexistente o los cuidados requeridos por el mismo. Mientras persista este riesgo y hasta que no hayan disminuido las probabilidades de un efecto clínico indeseable, la entrega de metadona para llevar está poco indicada.

Este aspecto es igualmente importante porque los medicamentos empleados para tratar una comorbilidad somática pueden afectar la biodisponibilidad de la metadona y precipitar un síndrome de abstinencia. Por ejemplo, la rifampicina empleada en el tratamiento de la tuberculosis puede interaccionar con el metabolismo de la metadona, produciendo una sintomatología de abstinencia que requerirá un aumento de la dosis de metadona (Kreek *et al.* 1976). En estos casos es importante mantener una observación clínica más regular para controlar la enfermedad coexistente, evitar complicaciones relacionadas con la metadona y garantizar que sigan manteniéndose las ventajas farmacológicas.

#### *Otros indicios desfavorables*

Los pacientes que no siguen correctamente el tratamiento de una enfermedad coexistente, aguda o crónica, representan una mala indicación

para la metadona para llevar. Lo mismo que los que abusan de otras drogas o del alcohol y en los que se obtenga una pobre respuesta del tratamiento de sus enfermedades. Existe el riesgo de que bajo los efectos desinhibidores de otras sustancias no sean capaces de conservar de manera adecuada sus dosis de metadona.

#### *Contraindicaciones no médicas*

Ciertos problemas no médicos, como los trastornos del comportamiento, constituyen igualmente un argumento en contra de la entrega de metadona para llevar. Una conducta antisocial, por ejemplo, puede estar relacionada con un uso inadecuado o no autorizado de la metadona para llevar. Los pacientes que no se comportan adecuadamente en el centro, o de los que se sabe que mantienen actividades ilegales, no representan buenas indicaciones para la entrega de metadona para llevar.

Un entorno familiar adecuado y estable constituye igualmente un elemento clave para la seguridad de la conservación de la metadona. En hogares donde las relaciones sociales son inestables existe el riesgo de que la metadona no sea adecuadamente protegida de un eventual desvío hacia el mercado ilegal o de una utilización accidental (por niños, por ejemplo).

## SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN METADONA PARA LLEVAR

El seguimiento de los pacientes a los que se entrega metadona para llevar exige la misma evaluación clínica que la introducción de tal privilegio. Mientras se beneficien de ello, deberían ser evaluados por el médico al menos cada tres meses (o con mayor frecuencia si ello está indicado por razones clínicas).

Deberían examinarse integralmente las ventajas e inconvenientes de mantener la entrega de dosis para llevar, teniendo en cuenta la valiosa opinión de los diferentes profesionales que integran el equipo. El trabajo pluridisciplinar es el método adecuado para compartir informaciones que determinarán si se mantiene, o no, la entrega de metadona para llevar. Por este motivo, el marco adecuado para tales decisiones es la reunión de equipo. Si bien la responsabilidad de la decisión corresponde —según la reglamentación federal— al médico, el trabajo en equipo ofrece la clara ventaja de impedir a través de una decisión tomada por consenso que el paciente oponga un profesional contra otro.



## ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN LA REVISIÓN

Deberían revisarse y documentarse los elementos de decisión que intervinieron en la decisión inicial para determinar si siguen aplicándose. Por ejemplo, si el trabajo —considerado como un factor de progreso en la rehabilitación del paciente— fue una razón que justificó la decisión de entregar la metadona al paciente, se debería verificar que sigue trabajando. Si la entrega para llevar estaba justificada por un trastorno médico coexistente, debería efectuarse una nueva evaluación médica para determinar si la situación sigue justificando una reducción de las visitas al centro terapéutico.

La revisión de los elementos de decisión es necesaria pero insuficiente. El proceso de seguimiento implica igualmente vigilar la aparición de otras razones que contraindiquen el privilegio. Tales razones, sean de orden médico, psicológico, comportamental o social, pueden haberse manifestado posteriormente a la decisión de entregar metadona para llevar. Por ejemplo, debería interrumpirse la entrega de dosis para llevar si el paciente presenta sintomatología de abstinencia o si no sigue el tratamiento de una patología orgánica asociada. También, en el caso de que el paciente se queje de estrés en su trabajo o en su domicilio, debería evaluarse su capacidad para aguantar tal circunstancia. La metadona para llevar puede ser desaconsejable si existe un grado importante de estrés o si el paciente no es capaz de hacer frente a las causas del mismo.

## CONTROL BIOQUÍMICO

Además de todo ello, debería contarse con una garantía de la abstinencia del paciente y de la ingesta de la metadona mediante controles bioquímicos. Puede alcanzarse este objetivo mediante controles de orina efectuados al azar. Si es posible determinar la concentración plasmática de metadona, ello permitirá al médico asegurarse de que se mantiene en la franja terapéutica óptima, lo cual supone una ventaja suplementaria. Por supuesto, los controles bioquímicos están sometidos a las mismas precauciones que se han descrito anteriormente.

En el marco de un proceso de vigilancia, los médicos pueden instaurar las medidas siguientes para evitar el desvío de la metadona hacia el mercado ilegal:

- Entregar las dosis disueltas en líquido o utilizar la metadona en solución líquida.

- Etiquetar cada frasco de metadona mencionando el nombre del paciente, la dosis, el centro de distribución, el nombre del médico y la fecha en que la dosis debe ser ingerida.<sup>3</sup>
- Exigir al paciente que devuelva los frascos vacíos en cada visita al centro. El personal debería verificar que correspondan al paciente y al período apropiado.
- Establecer un protocolo clínico claro para aquellos pacientes que omiten con frecuencia la devolución de los frascos vacíos o que alegan razones no verificadas para justificarse. Se debería interrumpir la entrega de metadona a tales pacientes. Si bien, pueden existir razones perfectamente válidas para justificar excepcionales omisiones, los médicos deberían examinar la frecuencia y las circunstancias de la transgresión de esta regla del centro terapéutico. El control es fundamental, pues el médico tiene la responsabilidad de garantizar que los pacientes conserven de manera segura y adecuada sus dosis para llevar.

## RESUMEN

La entrega de dosis para llevar es un instrumento clínico importante en el tratamiento de mantenimiento. La reglamentación federal define las exigencias mínimas que rigen la utilización de metadona para llevar; estas normas mínimas han sido afinadas por los reglamentos de numerosos organismos estatales implicados en la toxicomanía o en la salud pública. Los responsables del tratamiento aún conservan un margen de acción suficiente para tomar decisiones clínicamente fundadas teniendo en cuenta las ventajas e inconvenientes que representa para un paciente la entrega de metadona para llevar. La decisión de iniciar o mantener la entrega de metadona para llevar debería basarse en una evaluación de los aspectos médicos, psicológicos, conductuales y sociales. Las reglamentaciones federales se basan en el médico prescriptor, mientras que la decisión de entregar metadona para llevar requiere un enfoque pluridisciplinar.

Cuando se procede a la entrega de metadona para llevar de un modo responsable, se deberían considerar tres aspectos convergentes: la efi-

---

3. En la reglamentación de la FDA, «*Food and Drugs, 21 CFR, Part 291: DRUGS USED FOR TREATMENT OF NARCOTIC ADDICTS*» (sección §291.505), se especifica que, sea cual sea la forma en que se distribuye la metadona en el centro, «se exige que toda medicación oral sea administrada o dispensada en forma líquida». Las dosis para llevar deben «llevar marcado el nombre del centro, su dirección y número de teléfono, y debe estar protegida en un empaque especial según las exigencias del 16 CFR1700.14 en acuerdo con el Poison Prevention Packaging Act», con excepciones cuando ello entre en conflicto con la ley de un Estado relativa a la administración de drogas, «para reducir los riesgos de ingesta accidental». (N.del T.)

encia probada científicamente de la utilización de metadona, el potencial del marco terapéutico y las características de la población toxicómana. Además, una práctica de entrega de metadona para llevar, estructurada con rigor puede tener efectos positivos que se extienden hasta la familia del paciente y la comunidad a la que pertenece.

## RECOMENDACIONES

- Recurrir a un equipo de representantes de las disciplinas apropiadas (por ejemplo médicos, enfermeros, terapeutas) para reunir la información necesaria de cada paciente y debatir sobre sus implicaciones en la decisión de conceder la metadona para llevar.
- No basarse en la dosis diaria para determinar si un paciente debe recibir metadona para llevar.
- Considerar los siguientes factores en la decisión de entrega de metadona para llevar: duración suficiente del tratamiento efectuado, estabilidad clínica, progresos en la vía de la rehabilitación, necesidades médicas, factores comportamentales y situaciones de crisis.
- Evaluar la presencia de factores que desaconsejarían la entrega de metadona para llevar: sintomatología de abstinencia, persistencia de consumo de drogas ilícitas, ausencia de metadona en las muestras de orina analizadas en el laboratorio, potencial complicación de trastornos coexistentes, mantenimiento de comportamientos delictivos y entorno familiar inestable.
- Mantener una evaluación médica como mínimo trimestral de cada paciente en tanto dure la entrega de metadona para llevar (o con mayor frecuencia si está clínicamente indicado); revisar en equipo las ventajas e inconvenientes de mantener este privilegio.
- Recurrir al control bioquímico para garantizar que el paciente no consume estupefacientes ilegales y que realmente tome la metadona que se le entrega; prever medidas de prevención del desvío de metadona hacia el mercado ilegal.
- Dar al paciente instrucciones sobre cómo conservar la metadona en casa sin peligro.

## REFERENCIAS

BALL, J.C.; LANGE, W.R.; MYERS, C.P. and FRIEDMAN, S.R. Treatment effectiveness in reducing intravenous drug use. *Journal of Health and Social Behavior* 29: 214-226, 1988.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL, HIV/AIDS Surveillance, January 1992.

HENDERSON, G.L., and HARKEY, M.R. *The Use of Therapeutic Drug Monitoring To Improve the Effectiveness of Methadone Treatment Programs*. Department of Alcohol and Drug Programs, State of California, January 1990.

INTURRISI, C.E., and VEREBEY, K. The levels of methadone in the plasma in methadone maintenance. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 13: 633-637, 1972.

KREEK, M.J.; GUTJAHR, C.L.; GARFIELD, J.W.; BOWEN, D.V. and FIELD, F.H. Drug interactions with methadone. *Journal of the New York Academy of Sciences* 281: 350-371, 1976.



## TRATAMIENTO DE LA POLITOXICOMANÍA

ANDREA BARTHWELL, M.D.;

DAVID R. GASTFRIEND, M.D.

### INTRODUCCIÓN: PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

La elevada frecuencia en que se presenta simultáneamente la dependencia de los opiáceos con la de otras sustancias constituye un problema para el tratamiento de mantenimiento con metadona y, por desgracia, la investigación en este campo es insuficiente. El más grave problema debido a la politoxicomanía en el contexto del tratamiento con metadona es el aumento de mortalidad relacionada con un consumo incontrolado de diferentes combinaciones de drogas. La principal causa de mortalidad de los pacientes mantenidos con metadona la constituye el abuso de alcohol y de otros opiáceos, tanto durante como después del tratamiento. Además, el abuso de alcohol se asocia con una disminución significativa de la supervivencia a diez años de los pacientes mantenidos con metadona.

La experiencia clínica nos ha mostrado que en los programas de mantenimiento con metadona los individuos que además consumen otras drogas se distribuyen en dos grupos. Por una parte, aquellos que consumen drogas para obtener, como ya lo hacían antes de entrar en tratamiento, un estado de euforia (la mayoría de las veces cocaína, alcohol, benzodiazepinas, *cannabis* y, ocasionalmente, antidepresivos tricíclicos); por otra parte, los que consumen otras drogas además de la metadona por razones casi legítimas o clínicamente evidentes (dolores dorsales, insomnio, cefaleas o una comorbilidad psiquiátrica).

Es probable que los problemas de tipo muscular u óseo, los dolores dorsales, la depresión, el insomnio y la ansiedad sean más frecuentes en la población toxicómana; de hecho, estos estados requieren con frecuencia un tratamiento médico. El desafío para cada médico consiste en evaluar correctamente si el consumo de sustancias no prescritas es

de orden terapéutico o no (debido a estados clínicos evidentes o a razones mínimamente justificadas). En el caso del recurso a medicamentos no prescritos, como una automedicación, corresponde al médico evaluar la eficacia y la seguridad de empleo del (de los) medicamento(s) utilizados y reemplazarlos por la prescripción de productos farmacéuticos que sean más seguros y apropiados. En este caso debe vigilarse su uso para asegurarse que el paciente respete el tratamiento. El médico debería saber que el añadir un medicamento apropiado no garantiza ni el cumplimiento de la prescripción ni la interrupción inmediata del uso de sustancias ilícitas que, desde la perspectiva del paciente, pueden también tener efectos secundarios positivos (por ejemplo: euforia, sedación, etc.).

En el caso del consumo de medicamentos no prescritos, el reto para cada médico es continuar buscando una alternativa terapéutica que conduzca a avanzar un paso más en el camino de la curación. Los individuos en PMM que siguen consumiendo medicamentos psicotropos deben ser vigilados de cerca y ayudados de diferentes formas; un buen programa terapéutico es aquél que recurre a diferentes técnicas para disminuir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el consumo de sustancias. Insistimos en la importancia de utilizar diferentes técnicas y tomar en consideración todo lo que esté a nuestra disposición. Lo hacemos porque, a pesar de lo que queramos creer, la terapéutica no ha alcanzado un grado de desarrollo suficiente como para que sepamos qué hacer con una buena parte de nuestros pacientes consumidores de sustancias diversas y con fines diversos (por ejemplo: nicotina, alcohol, benzodiazepinas, *cannabis*, etc.).

Históricamente, existe una fuerte correlación entre consumo excesivo de opiáceos y de alcohol. A pesar de ello, y con perjuicio para los pacientes mantenidos con metadona, la mayoría de los Estados han diferenciado los servicios destinados al alcoholismo de los destinados a las adicciones. Por otra parte, se ha estudiado poco la comorbilidad de la dependencia a opiáceos con otras toxicomanías. Como consecuencia de ello, no podemos más que extrapolar las recomendaciones terapéuticas a partir de las informaciones relacionadas con las dependencias a una única sustancia.

## PREVALENCIA DEL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS DURANTE EL TRATAMIENTO

Como ya se ha indicado, es frecuente que los pacientes en mantenimiento con metadona consuman otras sustancias. En general, el consu-

mo de un opiáceo combinado con otra sustancia no se inicia en el programa; ello queda demostrado por el hecho de que el consumo de alcohol combinado con cocaína y heroína y el consumo de cocaína combinada con heroína constituyen, respectivamente, la 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> causa de sobredosis atendidas en los servicios de urgencias (*Drug Abuse Warning Network*, 1990). La eficacia y popularidad de determinadas combinaciones, por ejemplo, los jarabes antitusígenos a base de codeína asociados con tranquilizantes, refleja la existencia de una potenciación entre opiáceos e hipnosedantes.

El consumo de estimulantes es muy elevado entre heroinómanos y puede esperarse que persista en el inicio del tratamiento de mantenimiento, ya que la metadona no trata la dependencia de estimulantes. En un grupo-muestra de toxicómanos que solicitaban tratamiento, el 74 % de ellos había consumido recientemente cocaína (Kosten *et al.* 1987), y otros programas han comunicado una prevalencia de controles de orina positivos a la cocaína del 33 % en un mes determinado (Kolar *et al.* 1990).

El uso de *cannabis* y de benzodiazepinas también parece ser un problema importante durante el tratamiento de mantenimiento con metadona. En un estudio sobre 300 muestras de orina procedentes de dos programas en dos ciudades de la costa Este, se encontraron evidencias de consumo de THC en un 27 % y un 51 % de las muestras, respectivamente, mientras que un 4 % y un 7 % contenían benzodiazepinas (DuPont & Saylor 1989). Este estudio ponía en evidencia otro problema importante: con la excepción de un solo caso, las demás muestras positivas para una u otra sustancia contenían otra droga. En consecuencia, un elevado número de toxicómanos corren un riesgo de interacción o de toxicidad peligrosa debida a la combinación de la metadona con una u otra sustancia psicoactiva.

Según otro estudio, de las 100 últimas admisiones para tratamiento de mantenimiento con metadona en Chicago, sólo un 18 % de las muestras de orina iniciales contenían únicamente heroína o metadona (Watkins, comunicación personal, 1991). Sobre las 100 muestras, además de heroína, 70 contenían metabolitos de la cocaína; 22, un ansiolítico hipnosedante; 18, barbitúricos; 4, benzodiazepinas y 4, THC. Un 14 % de las muestras eran positivas a drogas pertenecientes a más de dos clases de sustancias (alcohol excluido). Este ejemplo, que coincide con diferentes estudios publicados, muestra que con frecuencia los heroinómanos dependen de más de una sustancia.

## FENOMENOLOGÍA DE LA POLITOXICOMANÍA EN EL MANTENIMIENTO CON METADONA

La metadona reduce la apetencia por los opiáceos, bloqueando además sus efectos euforizantes, si es administrada a dosis suficientes. Estas acciones farmacológicas fundamentan el objetivo inmediato de la metadona: la abstinencia de opiáceos ilegales. Sus objetivos secundarios comprenden la abstinencia o reducción del consumo de otras sustancias, la disminución del comportamiento antisocial y de la transmisión de patologías infecciosas, así como una mejora de la integración social y de la productividad. Si bien está demostrado que estos objetivos se alcanzan a través del mantenimiento con metadona, ello no es el resultado de una acción farmacológica o fisiológica directa de la metadona. Es más, las otras toxicománias o dependencias llegarán a interferir con las mejores estrategias terapéuticas basadas únicamente en la metadona. Ha quedado claramente demostrado que el consumo de alcohol es una de las principales causas de interrupción del tratamiento (Joseph & Appel 1985).

### LA EVALUACIÓN SUPONE DISTINGUIR ENTRE CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS

Buena parte de los individuos en tratamiento con metadona consumen además otras sustancias. Sin embargo, este consumo varía mucho y no se puede generalizar. Existen diversas categorías de policonsumo, y una estrategia eficaz debe estructurarse, por lo menos, en función de algunas subcategorías fundamentales. Podríamos clasificarlas según el siguiente esquema:

#### *Consumo de otras sustancias*

Ciertos individuos utilizan una o varias sustancias sólo de un modo intermitente sin que haya intoxicación, trastorno del comportamiento, síndrome de abstinencia o pérdida de control. Corresponde con frecuencia al tipo de consumo de aquellos que se automedican con psicotropos no prescritos. Podemos caracterizar este tipo de consumo como asintomático, aunque con menos frecuencia de lo que se pretende. A lo largo del tratamiento con metadona, la interrupción del consumo de otras sustancias constituye un objetivo terapéutico ideal. Ciertos pacientes insisten que una cantidad moderada de vino o cerveza consumida durante las comidas no constituye un problema y no tiene relación alguna con el consumo de heroína. En tales circunstancias, el ideal de una abstinencia total les parece ilógico y se resisten activa o pasivamente. Para los pacientes de esta categoría, unas exigencias terapéuticas excesivas pueden ser contraproducentes.



Aunque constituye una verdadera dependencia física, la dependencia de la nicotina parece corresponder totalmente a esta categoría, pues los esfuerzos dirigidos a tratarla son considerados con frecuencia fuera de lugar por los propios miembros del equipo terapéutico y conduce a inútiles problemas de hostilidad y vigilancia. Sin embargo, pensamos que la dependencia de la nicotina representa un riesgo de morbilidad y mortalidad importante para los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Dado que existe una técnica eficaz para el tratamiento de esta dependencia, conviene preocuparse por ello al establecer con el paciente el plan de tratamiento. Del mismo modo que ya no se aconseja expresarse en términos de drogas «duras» o «blandas», el hecho de ignorar la dependencia de la nicotina en un plan terapéutico no constituye una actitud aceptable.

#### *Consumo regular con dependencia psicológica*

El abuso de otras sustancias, a pesar de la interrupción de la heroínomanía, representa un problema muy preocupante que se manifiesta por el mantenimiento de un consumo de psicotropos en situaciones peligrosas a pesar del conocimiento de las consecuencias nefastas para la salud o la vida. Puede sospecharse una dependencia psicológica de otra sustancia cuando aparece fracaso escolar, social o profesional, o cuando se pierde el control del consumo. El mantenimiento de un consumo de otra sustancia por un individuo dependiente de opiáceos —se trate de heroína o de otras sustancias— está relacionado con el mantenimiento de un estilo de vida de consumidor que contrarresta sus capacidades de integrarse en un estilo de vida normal y distanciarse de las actividades ilegales. Incluso cuando un paciente ha abandonado el consumo de opiáceos, el consumo de otras sustancias amenaza la buena evolución del tratamiento y requiere una atención mantenida.

#### *Consumo con dependencia física*

Uno de los elementos que incita al mantenimiento del consumo de otras sustancias es que su desintoxicación es en general más peligrosa que la de los propios opiáceos. Por ejemplo, la interrupción del consumo de depresores del SNC —como el alcohol o las benzodiazepinas— puede desencadenar crisis epilépticas, y la interrupción del consumo de cocaína conducir a estados depresivos con riesgo de suicidio.

### LA EVALUACIÓN DEBERÍA DETERMINAR LAS MODALIDADES DE CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS Y LAS ETIOLOGÍAS AUTO-ATRIBUIDAS

La elección de otras sustancias suele estar determinada por dos principios generales: la disponibilidad y la escalada. Cuando un individuo,

sin una preferencia definida por una categoría de drogas, se inicia en la toxicomanía, suele elegir según la disponibilidad del momento. Si en una región, el *cannabis* se encuentra ampliamente difundido, ello conducirá a un elevado número de usuarios. Asistiremos a la emergencia de un grupo de consumidores de metamfetamina cristalizada (*ice*) cuando, por ejemplo, su producción sea favorecida por un descenso en la disponibilidad de la cocaína.

Por su parte, el fenómeno de la escalada se distingue del anterior en que el consumo de nuevas sustancias se integra en un *continuum* correspondiente a un proceso patológico que evoluciona hacia una mayor gravedad, hacia vías de administración de mayor riesgo y hacia drogas más peligrosas. Por ejemplo, puede ocurrir que unos adolescentes que efectúan un consumo de drogas socialmente admitidas (por ejemplo: nicotina y alcohol) evolucionen hacia un uso de sustancias consumidas por vías no invasivas (por ejemplo: *cannabis*, benzodiazepinas) y, a medida que crezca su experiencia, pasen a vías de administración más invasivas (inyección) de drogas consideradas como de mayor riesgo (heroína, cocaína). Los individuos que inician un consumo de cocaína por vía intranasal en fiestas, corren el riesgo de progresar hacia una vía de administración mucho más potente y pasar a consumirla fumada. Una cuidadosa evaluación de los fenómenos de disponibilidad y escalada es esencial para una comprensión de los obstáculos internos y externos que el paciente deberá superar para alcanzar su curación.

El paso de un consumo ocasional controlado a un consumo sintomático es un proceso extremadamente individualizado que depende de diversos parámetros, entre los que figura la cantidad, la frecuencia y duración del consumo, la edad de la primera experiencia y los factores psicopatológicos. La investigación ha demostrado que las drogas poseen un potencial intrínseco de dependencia relacionado con sus efectos específicos sobre los receptores celulares cerebrales, las vías de administración, la velocidad de acción y la de eliminación.

## TOXICOMANÍA Y TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Ciertas toxicomanías pueden ser comprendidas como una de las características asociadas o secundarias a la personalidad antisocial. Estos individuos presentan trastornos precoces del comportamiento que preceden al problema de adicción, y su evolución hacia la politoxicomanía y la dependencia es una consecuencia de su comportamiento agre-

sivo, impulsivo y antisocial. En más de veinte años de investigación se ha comprobado la existencia de una mayor prevalencia de personalidad antisocial entre los toxicómanos que en la población general; sin embargo, en estudios más recientes se ha demostrado que los pacientes con personalidad antisocial podrían no ser mayoritarios cuando se estudia el conjunto de todos los pacientes dependientes de alguna sustancia química (Rounsaville *et al.* 1991; Vaillant, 1983). Estos estudios subrayan el hecho de que este trastorno de la personalidad no es un requisito indispensable para una dependencia de una sustancia psicoactiva, y que el perfil de la población toxicómana puede variar de un centro a otro.

Cuando son interrogados, los pacientes frecuentemente son conscientes y refieren las experiencias iniciales asociadas con el consumo de droga. Para algunos, la atracción por las drogas puede explicarse por reacciones de estímulo o evitación. Las sustancias son utilizadas para mejorar sus experiencias (por ejemplo: consumo de alcohol como «lubrificante social» para desinhibirse y divertirse; de cocaína como estimulante para intensificar las experiencias sexuales, etc). En contraposición, otros consumen drogas para evitar ciertas experiencias (por ejemplo: la víctima de un incesto utilizará sustancias químicas antes de una relación sexual para «desbloquearse»; un adolescente consumirá alcohol y *cannabis* antes de una relación sexual utilizando sus efectos como justificación de su comportamiento).

El consumo sintomático puede resultar de la facultad química de las drogas para regular los afectos. Ciertos individuos pueden ser vulnerables a la dependencia de la heroína debido a su facultad de atenuar su sufrimiento interior y de producir euforia. Por otra parte, otros pueden sentir un «vínculo mágico» con la cocaína, en base a su capacidad de atenuar una depresión subyacente. Ciertos pacientes pueden desarrollar un uso adictivo único variable a lo largo del día, consumiendo sedantes por la noche, excitantes por la mañana y ansiolíticos por la tarde. El lector debe permanecer atento a que numerosos pacientes en tratamiento intentarán proponer explicaciones lógicas a sus consumos. Estas explicaciones son con frecuencia simplistas y se recurre a ellas como excusa para mantener un comportamiento irracional, a pesar de que sea evidente que el consumo de estupefacientes perjudica su funcionamiento.

## SUSTITUCIÓN

El recurso a otra droga por heroínómanos estabilizados con metadona tiene como etiología frecuente la persistente búsqueda de cambios del

humor. La vida media prolongada de la metadona no produce en la mayor parte de los pacientes cambio de humor alguno, y se produce una tolerancia a la mayoría de sus efectos secundarios en el espacio de algunas semanas. Uno de los logros de la metadona es que la mayoría de pacientes que reciben una dosis suficiente descubren que han perdido la capacidad de modular el humor con la heroína. Por lo tanto, ha sido anulada una de las principales causas del consumo de heroína. Tras descubrir este hecho, con frecuencia el heroinómano recurrirá a otras sustancias para reemplazar a la heroína en esta función. Pensamos que por este motivo, al menos la mitad de pacientes que entran en tratamiento sin historia previa de consumo de otras sustancias iniciará o incrementará su uso a lo largo del primer año de tratamiento.

## REMISIÓN ESPONTÁNEA

Según nuestra experiencia clínica con personas que inician tratamiento, cuando se aplican estrategias de retención y el programa evita forzar a los pacientes a reducir la dosis de metadona, cerca de la mitad de aquellos que presentan un problema inicial de co-dependencia asociada a la de la heroína experimentan una remisión «espontánea» antes del segundo año. Esta remisión es espontánea en la medida en que la metadona no tiene como función prioritaria la estabilización del individuo con relación a la droga secundaria.

La remisión de todo consumo de drogas constituye un objetivo del tratamiento de mantenimiento. Para eliminar los últimos obstáculos a una abstinencia total, los programas de tratamiento de mantenimiento con metadona deben ofrecer una variada gama de servicios. Debe establecerse una política clara que exprese el objetivo de la abstinencia de todo tipo de drogas. Esta política debe evitar todo tipo de ambigüedad, de forma que quede claro que en el marco del tratamiento de mantenimiento con metadona este objetivo es necesario. Sin embargo, tal abstinencia no incluye la utilización terapéutica de la medicación necesaria para el tratamiento de otros trastornos clínicos confirmados.

Dado que la dependencia química es una enfermedad crónica, existen dos principios terapéuticos fundamentales. Según el primero, una enfermedad crónica requiere cuidados a largo plazo y su tratamiento es un proceso que se desarrolla sobre un largo período; según el segundo, pocas enfermedades crónicas responden a un modelo terapéutico único, por lo que varias técnicas diferentes pueden ser apropiadas para un paciente. La abstinencia de otras drogas debería ser duradera, o al

menos prolongarse sobre períodos cada vez más largos, y el paciente debería experimentar una mejoría de su vida y de su bienestar.

## EFFECTOS FARMACOLÓGICOS DEL USO DE MÚLTIPLES SUSTANCIAS

### TOLERANCIA CRUZADA Y POTENCIACIÓN

En el paciente mantenido con metadona, los efectos de otros psicotropos difieren en función de que potencien la metadona o que presenten con ella una tolerancia cruzada. Por ejemplo, si en toxicómanos mantenidos a dosis adecuadas de metadona el consumo de otros opiáceos conduce a poca o a ninguna euforia, tales opiáceos presentarán una tolerancia cruzada. La pentazocina constituye una excepción por su diferente acción sobre los receptores. Los toxicómanos experimentados saben que posee efectos antagonistas de la metadona y que ello provoca un síndrome de abstinencia agudo. El tartrato de butorfanol y el clorhidrato de nalbufina son otro ejemplo de fármacos agonistas-antagonistas que pueden precipitar un síndrome de abstinencia.

Se habla de potenciación de la metadona cuando un segundo producto tiene los mismos efectos (por ejemplo, sedación) y entra en competición con ella por el enlace con las proteínas plasmáticas, por los sistemas enzimáticos o por ambos a la vez. El resultado es que ciertos medicamentos, como los antihistamínicos y los barbitúricos, pueden incrementar los efectos opioides de la metadona, técnica conocida en el argot americano como *boosting*.<sup>1</sup> Sin embargo, el efecto más importante de la potenciación, dada la larga acción de la metadona, es probablemente incrementar el efecto primario del segundo producto, por ejemplo, la sedación provocada por los antihistamínicos o los barbitúricos. El principal riesgo de la potenciación es el de una inesperada sobredosis mortal.

### MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL PACIENTE MANTENIDO CON METADONA

La rifampicina, los barbitúricos y los antidepresivos tricíclicos pueden inducir el sistema enzimático hepático y acelerar la biotransformación de la metadona. Los pacientes que reciben este tipo de tratamientos pueden requerir un aumento de las dosis de metadona para mantener su estabilidad. Puede emplearse la metadona conjuntamente con dosis terapéuticas de antidepresivos, neurolépticos, antiepilépticos, ansiolíti-

---

1. Hacer «subir» la metadona. (N. del T.)

cos, hipnosedantes, litio y disulfiram, aunque siempre bajo estrecha vigilancia (Ling *et al.* 1983). No debería emplearse conjuntamente metadona y clonidina por el riesgo de sinergia de los efectos sedativos.

## RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO

El tratamiento de la politoxicomanía en un programa de mantenimiento con metadona se rige por unos principios básicos. En primer lugar, es esencial tratar al adicto con dosis de metadona adecuadas y adaptadas a la fisiología del paciente, a su anamnesis y a sus necesidades. Cuando con la metadona no se obtienen los resultados óptimos, el médico debería contemplar la posibilidad de que con la dosis administrada no se obtenga la concentración plasmática necesaria para un mantenimiento eficaz.<sup>2</sup>

En segundo lugar, el objetivo debe ser la retención del paciente, pues sabemos que, según numerosos estudios de seguimiento a largo plazo, un tratamiento es siempre más eficaz que no hacer nada, y su éxito está correlacionado con su duración (Hubbard *et al.* 1989).

En tercer lugar, en la época actual de enfermedades relacionadas con el VIH son pocos —si es que existen— los motivos que justifiquen una interrupción brusca del tratamiento. Cuando el mantenimiento ambulatorio con metadona y el tratamiento de apoyo no consiguen reducir la dependencia de otras drogas, en particular la de cocaína, alcohol y benzodiazepinas, numerosos médicos se sienten obligados a contemplar, por razones contractuales, la desintoxicación y expulsión del paciente. Esto no debería ser considerado como una opción. Las estrategias punitivas vigentes en el pasado, tales como la expulsión en caso de análisis de orina positivo, ya no son de actualidad. Anteriormente, cuando se expulsaba a un paciente, se pensaba que la propia adicción lo conduciría tarde o temprano de nuevo a tratamiento, y que lo peor que podría ocurrirle era una recaída en el consumo de heroína. Actualmente, la amenaza del VIH y el elevado índice de mortalidad entre los pacientes afectados por el sida debería conducir a la prohibición de toda expulsión brusca. Además, los pacientes expulsados prematuramente también se enfrentan al riesgo de contraer la tuberculosis multi-

---

2. Ejemplo: Un heroínmano crónico tratado con metadona desde hace dos años, gravemente dependiente del alcohol y de las benzodiazepinas, con un consumo ocasional de heroína, se queja de que su dosis de 140 mg/día ya no le era suficiente. Se comprobó que la concentración plasmática era de 139 ng/ml a las 3 horas y de 76 ng/ml tras 24 horas. Se obtuvo una clara reducción del abuso de tóxicos aumentando la dosis a 180 mg/día.

resistente, con la consecuente amenaza para la salud pública. Por ello, la desintoxicación prematura y la limitación de la dosis pueden tener graves consecuencias sobre la politoxicomanía y sobre la sociedad en su conjunto.

En cuarto lugar, deberían investigarse los motivos que conducen a ciertos pacientes a abusar simultáneamente de varias sustancias. Si se encuentra alguna razón, debería tratarse eficazmente el trastorno subyacente. Si, por ejemplo, existe un trastorno psiquiátrico, el tratamiento de esta patología debe inscribirse en el marco del tratamiento de la toxicomanía. Ello comprende la educación del paciente sobre sus diferentes problemas y puede exigir una nueva formación del personal, así como el desarrollo *in situ* de grupos de autoayuda.

Finalmente, hay que recurrir a los fármacos, cuya eficacia ha sido clínicamente demostrada para tratar las otras formas de dependencia.

El tratamiento eficaz de la politoxicomanía es un tema que ha sido poco investigado, si bien se han recomendado diversas estrategias. El grupo de la *Yale University School of Medicine* ha recomendado una intervención precoz, particularmente cuando aparece un consumo irregular y en cantidad moderada de cocaína. En los inicios del desarrollo de una segunda dependencia resulta más fácil aconsejar al paciente, y se requerirán con menos frecuencia tratamientos poco disponibles, como el ingreso hospitalario. Uno de los obstáculos a la detección precoz lo constituye el hecho de que cuando se efectúa el análisis de orina con poca frecuencia, sólo identifica a aquellos que consumen otras drogas *diariamente* (Kosten *et al.* 1987). Este problema sugiere la utilidad de períodos programados al azar en los que se efectúen análisis de orina más frecuentes.

La cuidadosa evaluación de la comorbilidad psiquiátrica constituye otra intervención precoz que puede ser eficaz. Por desgracia, la fiabilidad variable de los pacientes y la alternancia de ciclos de intoxicación y abstinencia favorecen una cierta confusión respecto a lo que es un trastorno psiquiátrico. Diversos grupos de investigación han desarrollado técnicas de entrevista que requieren una formación específica y aportan unos recursos de diagnóstico psiquiátrico lógicos, fiables y clínicamente útiles. Algunas —como el *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* (Helzer *et al.* 1990)— pueden ser aplicadas por no-psiquiatras y deberían ser contempladas para la evaluación inicial de rutina. Si bien el *Addiction Severity Index (ASI)*, en la medida en que alerta al personal sobre la posible existencia de un trastorno psiquiátrico, constituye una herramienta eficaz para el chequeo inicial, un diagnóstico completo

está siempre indicado debido a que el *ASI* no permite efectuar una elección terapéutica (McLellan *et al.* 1980).

Otra fuente de ayuda terapéutica la constituye la investigación, que en el campo de los psicofármacos se encuentra en plena expansión. Los recientes progresos han ampliado la oferta terapéutica para el tratamiento de problemas complejos. Si bien ciertas investigaciones han conducido a unos resultados prometedores en lo que se refiere a los psicotropos mencionados en este capítulo, ello no se ha traducido todavía en una utilización clínica cotidiana. Además, algunas de estas líneas de trabajo conducen a la recomendación de utilizar medicamentos (por ejemplo, la clonidina) con indicaciones terapéuticas no aprobadas (por ejemplo, la desintoxicación). Se advierte entonces al médico de que, en tales circunstancias, se requiere un consentimiento informado que debería figurar en la historia clínica del paciente.

La investigación ha demostrado que un fármaco antihipertensivo como la clonidina constituye un apoyo eficaz para la desintoxicación de los opiáceos (Kleber *et al.* 1985). Este descubrimiento abre la vía a otros campos de investigación, como la desintoxicación rápida de los opiáceos, seguida del bloqueo de los receptores mediante dosis decrecientes de clonidina administradas simultáneamente con dosis crecientes de naltrexona. Los pacientes mantenidos con metadona y dependientes de benzodiazepinas de acción corta, como el alprazolam, pueden beneficiarse de una desintoxicación efectuada mediante benzodiazepinas de acción prolongada —y con menor refuerzo positivo— como el clonazepam, aunque aún sean necesarias investigaciones suplementarias para optimizar el tratamiento de la dependencia a diversas sustancias (Pollak 1987). Según los estudios preliminares de los grupos del *Massachusetts General Hospital*, del *McLean Hospital* y de la *Yale University*, los pacientes que presentan una doble dependencia de la cocaína y heroína pueden ser tratados con éxito mediante un opioide de larga acción, la buprenorfina. Estos fármacos ofrecen perspectivas esperanzadoras que dependerán del resultado de estudios más definitivos actualmente en curso.

## IMPLICACIONES DE LA POLITOXICOMANÍA PARA EL EQUIPO TERAPÉUTICO

Entre los pacientes de los programas de mantenimiento con metadona, la dependencia de otras sustancias psicoactivas que la heroína supone un interesante problema. La complejidad de la politoxicomanía requiere en particular una orientación terapéutica pluridisciplinar orientada a



obtener los mejores rendimientos de los modelos terapéuticos existentes para aplicarlas a aquellos pacientes cuya evaluación y seguimiento lo requieran.

El equipo terapéutico debe componerse de personas pertenecientes a diferentes disciplinas para mantener la atención sobre las necesidades del paciente en los ámbitos siguientes: salud, educación, psicoterapia, sociabilidad, autoayuda y orientación espiritual. Los equipos terapéuticos deberían incluir especialistas en toxicomanías, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y otros, además de consejeros/educadores.

Un especialista de la toxicomanía es un médico, generalmente formado en una especialidad médica, o un psiquiatra, que haya realizado una formación especial, preferentemente reconocida, en el campo de las adicciones. Para las politoxicomanías en particular, el tratamiento debería incluir una evaluación médica del paciente, una selección y una orientación terapéutica sobre el dispositivo más adecuado. Un especialista de la politoxicomanía puede garantizar el seguimiento y la gestión a largo plazo (incluidos los aspectos farmacológicos) de los problemas físicos relacionados con la dependencia. Los cuidados de enfermería son necesarios para ayudar en la evaluación de las situaciones agudas, así como los síntomas de una intoxicación o de abstinencia a otras drogas. Los enfermeros que asumen la dispensación deben tener conocimiento de los otros tratamientos seguidos por el paciente, con los riesgos y síntomas de interacción medicamentosa que puedan comportar. Es fundamental ofrecer servicios médicos de calidad a estos pacientes, porque presentan los más elevados índices de comorbilidad, tanto somática como psiquiátrica, tales como la infección por el VIH y la depresión.

En general, corresponde al psiquiatra la evaluación profundizada del individuo, el control de la prescripción de medicación psicotrópica y, en algunos casos, efectuar una psicoterapia. Una parte de los pacientes mantenidos con metadona continuarán automedicándose con otras drogas para tratar problemas somáticos o psiquiátricos. Por ejemplo, algunos utilizan el alprazolam para un trastorno ansioso con ataques de pánico, o bien diversos opiáceos para dorsalgias o cefaleas crónicas. La evaluación de tales pacientes requiere una experiencia particular y puede ser necesario dirigirlos a psicofarmacólogos o a una unidad especializada en el tratamiento del dolor. Los individuos que presentan síndromes psiquiátricos específicos, como, por ejemplo, la depresión, pueden descubrir que ciertas drogas como la cocaína mejoran su sintoma-

tología, pero les pueden conducir a una dependencia. Por este motivo, el tratamiento exige un diagnóstico precoz de la sintomatología y eventualmente la utilización conjunta de un tratamiento farmacológico y una psicoterapia (ver capítulo 5).

También debe disponerse de un psicólogo para evaluar las alteraciones de orden neuropsiquiátrico, ayudar al equipo a definir los puntos fuertes y débiles del paciente y ofrecer una terapia de base. El psiquiatra o el psicólogo ofrecen igualmente una supervisión al equipo. El educador de referencia, por su parte, trabaja con el paciente para aplicar el plan terapéutico.

El equipo terapéutico debería preocuparse de ayudar a los pacientes a cambiar su entorno con el fin de reducir los riesgos de una nueva exposición a las drogas. Para ello, puede ayudarse al paciente a alejarse de un entorno familiar provocativo, a encontrar un trabajo, si no lo tiene, o a adquirir las competencias necesarias para acceder a él, etc. En el equipo, es en general al trabajador social a quien corresponden estas actividades.

Entre las otras necesidades figuran la terapia familiar y los consejos sobre el plano espiritual. Un terapeuta de familia puede contribuir a curar las heridas familiares causadas por la toxicomanía y a ayudar a los miembros de la familia a operar los cambios que favorezcan tanto la curación del paciente como la de los propios miembros de su familia. En mayor o menor grado, la familia resiste a la curación del toxicómano y este problema en particular puede precipitar la recaída en el consumo de otras drogas, a pesar de un tratamiento de mantenimiento con metadona eficaz para los receptores opiáceos. Un consejero religioso puede ayudar al paciente a identificar sus necesidades en materia espiritual, guiarlo y, si ello forma parte del plan terapéutico, ofrecerle su escucha durante la quinta etapa del programa en doce etapas.<sup>3</sup>

Son numerosos los programas de mantenimiento —en especial entre los que cuentan con recursos limitados— que no disponen de todos los terapeutas mencionados; en este caso, ciertos miembros del equipo asumen varias funciones. Un consejero, por ejemplo, podrá coordinar las actividades del equipo terapéutico, seguir el caso, asegurarse de que los objetivos del tratamiento sean alcanzados y actuar como psicólogo, trabajador social, consejero espiritual y consejero del paciente en

---

3. La quinta etapa del programa incluye «la confesión a Dios, a sí mismo y a otro ser humano de la naturaleza exacta de sus propios errores».

materia sanitaria y respecto a posibles derivaciones. Sin embargo, es posible que esta multiplicidad de funciones disminuya su eficacia, favorezca la dependencia del paciente hacia un solo individuo y frene sus progresos.

## INTERACCIONES HEROÍNA-ALCOHOL

El alcohol requiere una atención especial como segunda droga de elección. Debe recordarse que en el siglo pasado se recurrió erróneamente a la heroína y al alcohol como medios de tratamiento del uno para la dependencia del otro (Siguel 1986), y que partiendo de una buena intención se conducía al paciente a una dependencia yatrógena de ambas sustancias. Ambas drogas comparten algunos efectos analgésicos; la experiencia sugiere que los antagonistas opiáceos (por ejemplo, naltrexona) pueden disminuir la intoxicación por alcohol (Nyers *et al.* 1986), y que las endorfinas o los receptores opiáceos pueden estar modulados por el consumo de alcohol (Trachtenberg & Blum 1987). La experimentación animal indica que el consumo de alcohol puede aumentar la concentración en el cerebro de la metadona (Lane *et al.* 1985). Más importante todavía es el hecho de que el alcohol y las drogas aparentadas con él son depresores del SNC, que son potenciados por la metadona y que pueden por ello conducir al coma y a la muerte por sobredosis. Cuando está correctamente administrado, el disulfiram (Antabús®) es una opción válida como tratamiento de apoyo de un problema de alcohol para un paciente tratado con metadona.

Según abundantes estudios efectuados a lo largo de numerosos años, los patrones de consumo de alcohol de los pacientes cambian poco en el tiempo. Una parte de ellos constatan una mejoría de sus problemas a lo largo del tratamiento, mientras que para otros empeoran.

Para los heroínómanos alcohólicos, la retención en tratamiento de mantenimiento con metadona parece ofrecer por sí misma algunas ventajas. En un estudio prospectivo sobre dos años y medio en el que al azar se asignaban los pacientes a tres regímenes terapéuticos diferentes, Stimmel y sus colaboradores no encontraron ninguna diferencia en la evolución de los pacientes. El factor más correlacionado con una disminución del consumo de alcohol fue el tiempo pasado en tratamiento de mantenimiento con metadona (Stimmel *et al.* 1983). A pesar de ello, este resultado no indica tanto la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona para el tratamiento del alcoholismo, sino más bien la ausencia de tratamientos eficaces de la dependencia conjunta de la heroína y el alcohol. Apenas existen publicaciones relativas a este

complejo problema, aunque se haya sugerido, por ejemplo, que el disulfiram (Antabús®) pueda ser considerado como un instrumento eficaz para prevenir el consumo de alcohol entre pacientes mantenidos con metadona y resistentes a un tratamiento orientado hacia la abstinencia del alcohol (Joseph & Appel 1985). La dependencia del alcohol puede convertirse en un problema más grave, una vez terminado el tratamiento de mantenimiento con metadona, tal y como indican ciertos estudios que muestran que buen número de pacientes acaban gravemente enfermos o incluso mueren por cirrosis hepática, a pesar de su abstinencia de los opiáceos (Joseph & Appel 1985). Otros pacientes inician su consumo de alcohol a partir del momento en que intentan reducir gradualmente la dosis de metadona.

### INTERACCIONES ENTRE LA HEROÍNA Y LOS DEMÁS DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

Al igual que ocurre con el alcohol, también los demás depresores del SNC conllevan un incremento del riesgo de toxicidad y sobredosis cuando se añaden a la metadona. Tanto el alcohol como los demás depresores del SNC pueden provocar cuadros de abstinencia mortales que no son atenuados por la metadona. Los signos y síntomas de abstinencia incluyen elevación de la temperatura corporal, hipertensión, taquicardia, cuadros de confusión, alucinaciones y crisis convulsivas resistentes al tratamiento. Cuando se diagnostica una dependencia de los depresores del SNC en un paciente tratado con metadona, debería mantenerse la metadona (verificando si existe la necesidad de aumentar la dosis) e iniciar la desintoxicación del depresor, si las circunstancias clínicas lo exigen. La desintoxicación de los depresores puede requerir el ingreso hospitalario para ser eficaz, sin que ello suponga la interrupción del tratamiento de mantenimiento con metadona. Además, los antecedentes de crisis convulsivas aparecidas en relación con la abstinencia de hipnosedantes, ansiolíticos o alcohol constituyen una indicación absoluta de desintoxicación hospitalaria.

### INTERACCIONES HEROÍNA-COCAÍNA

La esperanza, fundada en sus inicios, de que los programas de mantenimiento con metadona permitirían reducir el consumo de cocaína ha acabado en decepción a la vista de informes poco optimistas. Un grupo del *San Francisco General Hospital* puso de evidencia que un 24 % de los pacientes iniciaban o incrementaban el consumo de cocaína tras su admisión en tratamiento de mantenimiento con metadona (Chaisson *et*

al. 1989). Kosten y sus colaboradores (1987) efectuaron un estudio de seguimiento sobre dos años y medio en el que se comprobaba que la cantidad de cocaína consumida no experimentaba más que una disminución mínima tras la admisión en mantenimiento con metadona y que, de hecho, el número de pacientes con un consumo semanal de cocaína se multiplicaba por dos.

Una de las razones por la cual se explica la elevada prevalencia del consumo de un estimulante y un opiáceo es que cada una de las drogas contrarresta los efectos secundarios de la otra. Esta interacción es uno de los factores de la popularidad de la mezcla de heroína-cocaína (*speedball*). La heroína calma la agitación engendrada por la cocaína, mientras que esta última permite al toxicómano experimentar el efecto euforizante de la heroína sin adormecerse. La relación temporal del consumo de cada estupefaciente (es decir, saber si se inicia el consumo con uno u otro, saber cuál es la droga de primera elección) es importante para evaluar las necesidades del individuo. Los toxicómanos que dependen en primer lugar de la cocaína pueden requerir una atención especial en el inicio del tratamiento con motivo de su dependencia de esta sustancia. La experiencia clínica sugiere que un toxicómano primariamente dependiente de la heroína no consumirá cocaína sin haberse administrado antes una «buena» dosis de heroína. Si no existe un consumo previo de heroína, el consumo único de cocaína provoca una agitación suficiente para que el heroínmano crea erróneamente que precipita la abstinencia de opiáceos.

En aquellos pacientes en que el consumo inicial sea el de cocaína, toman heroína después para mejorar los efectos desagradables de la «bajada». Con el tiempo, y si consumen suficiente heroína, los cocainómanos pueden desarrollar una dependencia de la heroína y necesitar un tratamiento de mantenimiento con metadona. No es adecuado rechazar a un heroínmano en un programa de mantenimiento con metadona porque presente otras dependencias; debe elaborarse un plan terapéutico que integre las medidas para el conjunto de agentes psicoactivos.

Aunque se estén explorando técnicas de modificación de la conducta, no existe en la actualidad ningún programa específico para el tratamiento de la adicción a la cocaína. Como hemos mencionado anteriormente, numerosas líneas de investigación en búsqueda de medicaciones llamadas «antiapetencia» se han mostrado esperanzadoras: antidepresivos tricíclicos, metilfenidato (Rubifen®), buprenorfina, etc.; sin embargo, estas esperanzas aún no se han traducido en una aplicación en la realidad clínica cotidiana.

Se han estudiado en profundidad los antidepresivos tricíclicos (Gold *et al.* 1992; McElroy *et al.* 1989), si bien aún no se han replicado los resultados preliminares. Por el momento, los antidepresivos tricíclicos siguen siendo objeto de estudio y su utilización para el tratamiento de la cocaínomanía sigue perteneciendo al campo de la investigación.

## POLÍTICAS EN MATERIA DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA Y OTRAS TOXICOMANÍAS

En determinados Estados, la escisión histórica entre los organismos responsables de la reglamentación y financiación del tratamiento del alcoholismo y el de la toxicomanía constituye un obstáculo para el tratamiento de aquellos enfermos que precisan de ambos. Allí donde ambos sistemas se han desarrollado en paralelo, los pacientes tienen la tendencia —a pesar de sus necesidades— a no franquear los límites que los separan. Dada la elevada prevalencia de la dependencia del alcohol en los centros de mantenimiento con metadona, los programas deben estar en condiciones de ofrecer servicios destinados al alcoholismo, sea *in situ*, sea por orientación hacia otros servicios; para ello se requieren equipos formados para ambos trastornos. También resulta necesario formar a los profesionales del campo del alcoholismo, de modo que conozcan la función de la metadona en el tratamiento de la heroínomanía, para así mejorar la comprensión y aceptación de estos pacientes.

Afortunadamente y según un estudio (D'Aunno & Vaughn, 1992), cerca del 70 % de los programas de metadona en los Estados Unidos tratan de igual manera los problemas relativos a la heroína que los de otras drogas, independientemente de los servicios destinados al alcoholismo. Aunque no sea el caso en todos los servicios, ello sugiere que la mayoría de programas reúnen las competencias necesarias para el tratamiento de las dependencias de otras drogas en pacientes en tratamiento con metadona. Uno de los posibles problemas evidenciados por este estudio es que aquellos programas que proponen tratamientos con metadona asociados a otras medicaciones tienden a desintoxicar más rápidamente a los pacientes de la metadona. Ello puede reflejar un efecto de contaminación, en el sentido de que las estrategias orientadas hacia la abstinencia en el tratamiento de otras dependencias pueden afectar negativamente la estrategia del tratamiento de mantenimiento con metadona. Si esta hipótesis se confirmara, se debería entonces profundizar la formación y clarificar las estrategias, promocionando un tratamiento de mantenimiento con

metadona eficaz en la medida en que los resultados se correlacionan con su duración (Hubbard *et al.* 1989).

## RESPUESTA A LA POLITOXICOMANÍA

Los servicios necesarios para el tratamiento de la politoxicomanía pueden ser mejorados siguiendo las siguientes recomendaciones. La intensidad del tratamiento debería basarse en las necesidades del paciente y depender de la importancia de los cambios que debe efectuar para alcanzar y mantener la abstinencia (capítulo 3). Si se pretende obtener un cambio, debe empezarse por evaluar los anteriores logros y las posibilidades de éxito del paciente. Por ejemplo, un paciente que trabaja, dispone de apoyos sociales y emocionales, mantiene un tren de vida superior a la media y recurre a una sustancia poco disponible en su medio, tendrá más posibilidades de curación y menos necesidad de atención que un joven seropositivo sin domicilio fijo, que no haya terminado su escolarización y que nunca ha tenido un empleo. Para que este último pueda curarse, necesitará un entorno que responda a sus necesidades humanas esenciales (comunidad terapéutica) para poder seguir el tratamiento. Este individuo puede necesitar un apoyo para desarrollar un plan que le permita recibir una formación y obtener un trabajo. Podría igualmente necesitar cambiar su situación social y su entorno. Los servicios propuestos deberían reflejar la intensidad de los cambios necesarios.

Cuando se detecta un problema de dependencia de varias sustancias en un paciente mantenido con metadona pueden plantearse diferentes intervenciones. Un estudio sobre 11 programas de la región de Baltimore identificó diversas medidas terapéuticas que tenían diferentes grados de eficacia (Kolar *et al.* 1990). Cuando se identifica un problema en un paciente (lo cual suele ocurrir a través de un control de orina), es esencial para mantener la credibilidad del programa que el terapeuta lo confronte a él en los días que siguen. Cuando aparecen indicios que sugieren la presencia de un problema y que se ha obtenido del paciente, de su entorno, y/o de su familia información complementaria, puede responderse a ello de dos formas diferentes. La primera consiste en intensificar el apoyo mediante las entrevistas terapéuticas, los profesionales que intervienen y el tipo de prestaciones que se ofrece. La segunda se basa en un marco más estricto. La evaluación del programa debería conducir a una combinación flexible de ambos tipos de respuesta, en función de las necesidades individuales del paciente.

### *Apoyo intensificado*

Cuando se detecta un caso de politoxicomanía conviene ofrecer al paciente mayor apoyo, sea de forma individual, grupal o de ambas. El tratamiento grupal debería comprender un componente psicoeducativo que podría desarrollarse a lo largo de 8 a 12 semanas y debería abordar los mecanismos, las consecuencias y las opciones terapéuticas relacionadas con las otras dependencias, planteando, por otra parte, el riesgo de que la (o las) otra(s) dependencia(s) se agraven una vez terminado el tratamiento con metadona. Ciertos programas no se limitan a animar a los pacientes a participar en tales grupos, sino que hacen de ello una obligación.

Determinados pacientes pueden requerir un tratamiento hospitalario. Aunque esta opción sólo exista en algunos Estados, constituye un recurso esencial de la comunidad terapéutica en la que puede mantenerse la metadona. Cuando existe, puede recurrirse a esta opción terapéutica para tratar a heroinómanos problemáticos que en ambulatorio no han sido capaces de mantenerse abstinentes de la heroína u otras drogas. Los primeros programas de mantenimiento con metadona iniciaban el tratamiento a través de un ingreso hospitalario. Una de las ventajas de este entorno estructurado, en el que el acceso a la heroína u otros estupefacientes está limitado, es que permite al individuo alcanzar la abstinencia más rápidamente que aquél que inicia el tratamiento con metadona ambulatoriamente.

En los estadios iniciales se justifica una mayor vigilancia para proteger al paciente de su enfermedad. La toxicomanía —enfermedad única entre las enfermedades crónicas por su facultad de modificar la percepción de sí mismo— requiere una confrontación frecuente y rigurosa a la realidad para ayudar al paciente a reconocer este peligro. Los programas deberían establecer un protocolo claro que implique una mayor frecuencia de análisis de orina. En el estudio realizado en Baltimore, un programa exigía el pago de los análisis suplementarios efectuados con motivo de la politoxicomanía.

### *Marco más estricto*

Un marco más estricto puede consistir en unos límites más estrechos en cuanto a consumos de droga. Ciertos programas, por ejemplo, reducen los privilegios en el caso de metadona para llevar, mientras que otros los suprimen. La investigación respecto a la modificación de conducta sugiere que tiene más probabilidades de éxito un programa de concesión de privilegios previsible, gradual y accesible. Se ha recomendado tomar



medidas contractuales con referencia a la dosis en aquellos pacientes que consumen cocaína, y ello por el muy elevado riesgo de recaída asociado a esta droga (Anker & Crowley 1982). El entusiasmo inicial en torno a esta opción se ha desvanecido. Como ya se ha indicado en el capítulo 5, las restricciones *no deberían* aplicarse a la dosis de metadona. Ciertos centros han impuesto un contrato contraproducente basado en una disminución de la dosis como respuesta a la politoxicomanía. La formación interna del personal es fundamental para un uso apropiado de las restricciones y es necesaria una atenta supervisión para garantizar que se empleen estrategias constructivas y no simplemente punitivas (Kolar *et al.* 1990).

En el tema al que nos referimos, para evaluar la adecuación de un programa se debe comparar las ventajas de un incremento del apoyo con las de un marco más estricto, y determinar de qué manera podrán beneficiarse más los pacientes politoxicómanos. Éstos aceptarán y reconocerán las ventajas de una vigilancia más estricta, si tienen el sentimiento de que el centro les ofrece una amplia gama de opciones terapéuticas que supongan un contexto más seguro, para liberarse de las dependencias de otras drogas manteniendo la metadona. A la inversa, se resignarán con fatalismo a abandonar el programa, si no les queda otra elección.

## OTROS ASPECTOS TERAPÉUTICOS

Cuando los pacientes tienen necesidades médicas complejas se precisa un nivel de atención terapéutica más elevado. Las sustancias que constituyen una potencial amenaza para la vida de un paciente o la de un feto requieren una desintoxicación efectuada bajo control médico. Pocas veces ello puede efectuarse en el ambulatorio; normalmente, debe realizarse en una institución donde una vigilancia intensiva permita detectar signos precoces de deterioro de su estado médico.

Puede ocurrir que un consumidor de dosis elevadas de hipnosedantes, ansiolíticos o alcohol no pueda interrumpir bruscamente su consumo sin la asistencia de un programa de desintoxicación. Si se requiere una interrupción en la continuidad del tratamiento de una politoxicomanía de los pacientes en tratamiento con metadona, ello debe hacerse en forma de desintoxicación bajo control médico en un centro hospitalario (o ambulatorio) donde la administración de metadona se mantenga normalmente. Los Estados deberían considerar este tipo de servicios como una prioridad. Uno de los principales obstáculos viene dado por el hecho de que numerosos programas de desintoxicación consideran la abstinencia (incluida la de la metadona) como el único objetivo aceptable para el conjunto de personas dependientes de sustancias psicoactivas.

Los pacientes que han fracasado tras recibir un determinado nivel de prestaciones terapéuticas precisan unos cuidados más intensivos. Por ejemplo, es posible que un paciente que persiste en un consumo de estupefacientes en un centro de tratamiento ambulatorio no sea capaz, por este motivo, de beneficiarse plenamente de las prestaciones terapéuticas que se le proponen. Manteniendo una resistencia pasiva al tratamiento, es posible incluso que dé la impresión de no necesitar un programa terapéutico más intensivo. Para este tipo de paciente en particular puede ser necesario iniciar el tratamiento en una comunidad terapéutica para alcanzar la abstinencia. Una vez conseguido este objetivo, el paciente podrá proseguir el tratamiento en un centro ambulatorio.

En ciertos casos, no es la heroína la droga de primera elección, y ésta no ha conducido a cambios fisiológicos importantes. Los terapeutas deben entonces cuestionar la demanda inicial de tratamiento de mantenimiento con metadona y plantearse más bien la posibilidad de orientar a estos pacientes hacia tratamientos en comunidad terapéutica u otros orientados hacia la abstinencia (ver capítulos 3 y 4).

Finalmente, puede ocurrir que determinados pacientes que se han beneficiado de un tratamiento intensivo no lo requieran de nuevo en caso de recaída. Por ejemplo, las directivas de un programa hospitalario en 28 días pueden recomendar que se repita el tratamiento tras una recaída en el alcoholismo. Sin embargo, puede que sea una mejor opción para un paciente que ha logrado y mantenido cambios en su estilo de vida, proponerle un tratamiento de desintoxicación bajo control médico seguido de un apoyo ambulatorio. Para aquellos que no han alcanzado estos cambios puede ser adecuado orientarlos hacia una comunidad terapéutica a largo plazo. Se debería evaluar si el paciente dispone de las bases necesarias para poder progresar. El tratamiento residencial a largo plazo asociado al mantenimiento con metadona es otra alternativa que merece ser estudiada, cosa que no podrá hacerse sin el apoyo de los Estados y del Gobierno Federal.

## RESUMEN

La politoxicomanía puede y debe ser tenida en cuenta por los programas de mantenimiento con metadona, ya sea en el interior de los mismos, o bien a través de una orientación hacia otros servicios. Numerosos estudios indican una elevada prevalencia de estos trastornos, con la elevada mortalidad y morbilidad que conllevan incluso en el caso de un tratamiento de mantenimiento con metadona aparentemente conducido con éxito. Los aspectos fenomenológicos y farmacológicos de

la toxicomanía son complejos, pero comprensibles. Estas dependencias múltiples requieren una evaluación más completa que en el caso de una dependencia de opiáceos simple. En cierta medida, existe una gama de opciones terapéuticas que permiten tratar la politoxicomanía de los pacientes mantenidos con metadona. Estas opciones no han sido suficientemente investigadas. A pesar de ello, aportan una contribución clínica que permite el mantenimiento de la metadona durante ciertos períodos críticos obteniendo una disminución de la frecuencia y de la gravedad del consumo de otros tóxicos. Los Estados pueden jugar un papel esencial promocionando la investigación, proponiendo una amplia gama de tratamientos y una mayor flexibilidad de los recursos a través del desarrollo de nuevas políticas y, por último, reconociendo las ventajas a largo plazo de los esfuerzos realizados en este sentido.

## RECOMENDACIONES

- Al efectuar la evaluación, distinguir entre consumo ocasional de otra sustancia, abuso de la misma y dependencia; determinar los esquemas de consumo de drogas y sus etiologías en cada paciente, incluyendo la distinción entre el consumo con fines no terapéuticos de fármacos no prescritos y el consumo de medicamentos prescritos con fines terapéuticos.
- Ofrecer una diversidad de servicios para apoyar los esfuerzos hacia la deseada interrupción del consumo de drogas no prescritas.
- Asegurarse de que los objetivos del programa especifiquen que debe haber un progreso hacia la abstinencia de otras sustancias y que debe tenderse hacia una abstinencia a largo plazo asociada a una mejoría del funcionamiento y bienestar del paciente.
- Establecer un plan terapéutico racional que integre las medidas correspondientes al tratamiento de todas las sustancias psicoactivas.
- Educar a los pacientes sobre su vulnerabilidad a la tolerancia cruzada, las interacciones entre las drogas y su potenciación, la sustitución de dependencias y la automedicación.
- Asegurarse de que el personal del programa esté instruido sobre los objetivos del tratamiento con metadona en relación al consumo de alcohol y otras sustancias. Si se trata de un programa que no incluya el tratamiento con metadona, instruir y supervisar al equipo para que integre, sin riesgo de errores, los principios del tratamiento de mantenimiento con metadona a las modalidades terapéuticas utilizadas.

- Asegurarse de que las opciones terapéuticas que respondan a la politoxicomanía mantengan un equilibrio entre un incremento del apoyo ambulatorio y la opción de adaptar el marco terapéutico haciéndolo más estricto.
- Asegurarse de que exista una diversidad de opciones terapéuticas, de que éstas estén bien coordinadas entre ellas y de que ofrezcan una continuidad de los cuidados entre los diferentes centros y programas disponibles.
- Desarrollar la investigación y los conocimientos en el campo de la desintoxicación de otras sustancias en un medio residencial manteniendo la metadona.

## BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3d ed., rev. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1982.

ANKER, A., and CROWLEY, T. Use of contingency contracts in specialty clinics for cocaine abuse. In: National Institute on Drug Abuse Treatment Research Monograph 41. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1982, pp. 452-491.

CHAISSON, R.E.; BACCHETTI, P.; OSMOND, D.; BRODIE, B.; SANDE, M.A. and MOSS, A.R. Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. *Journal of the American Medical Association* 261: 561-565, 1989.

Criteria Committee, National Council on Alcoholism. Criteria for the diagnosis of alcoholism. *Annals of Internal Medicine* 77: 249-258, 1972.

D'AUNNO, T., and VAUGHN, T.E. Variations in methadone treatment practices: Results from a national study. *Journal of the American Medical Association* 267: 253-258, 1992.

Drug Abuse Warning Network: National Institute on Drug Abuse Annual Emergency Room Data. I(10-A). Rockville, MD, 1990. pp. 1-120.

DUPONT, R.L. and SAYLOR, K.E. Marijuana and benzodiazepines in patients receiving methadone treatment (letter). *Journal of the American Medical Association* 261:3409, 1989.

GOLD, M.S.; MILLER, N. and JONAS, J.M. Cocaine and crack neurobiology. In: *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Williams and Wilkins, 1992. pp. 222-235.

HELZER, J.; CANINO, G.; YEH, E.; BLAND, R.; LEE, C.; HWU, H. and NEWMAN, S. Alcoholism-North America and Asia: A comparison of population surveys with the Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry* 47: 313-319, 1990.

HUBBARD, R.L.; MARSDEN, M.E.; FACHAS, J.V.; HARWOOD, H.J.; CAVANAUGH, E.R. and GINZBURG, H.M. *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1989.

JAFFE, J.H. Drug addiction and drug abuse. In: GOODMAN, L.S. and GILMAN, A.G., eds. *The Pharmacological Basics of Therapeutics*. New York: MacMillan Publishing Co, 1975. pp. 284-292.

JELLINEK, E.M. *Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, CT: United Printing Service, 1960.

JOSEPH, H. and APPEL, P. Alcohol and methadone treatment: Consequences for the patient and program. *American Journal of Drugs and Alcohol Abuse* 11: 37-53, 1985.

KLEBER, H.; RIORDAN, C.; ROUNSAVILLE, B.; KOSTEN, T.; CHYARNEY, D.; GASPARI, J.; HOGAN, I. and O'CONNOR, C. Clonidine in outpatient detoxification from methadone maintenance. *Archives of General Psychiatry* 42: 391-394, 1985.

KOLAR, A.F.; BROWN, B.S.; WEDDINGTON, W.W. and BALL, J.C. A treatment crisis: Cocaine use by clients in methadone maintenance programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 7: 101-107, 1990.

KOSTEN, T.; KLEBER, H. and MORGAN, C. Treatment of cocaine abuse with buprenorphine. *Biology of Psychiatry* 26: 637-639, 1989.

KOSTEN, T.R.; ROUNSAVILLE, B.J. and KLEBER, H.D. A 2.5-year follow-up of cocaine use among treated opioid addicts: Have our treatments helped? *Archives of General Psychiatry* 44: 281-284, 1987.

LANE, E.A.; GUTHRIE, S. and LINNOILA, M. Effects of ethanol on drug and metabolite pharmacokinetics. *Clinical Pharmacokinetics* 10: 228-247, 1985.

LING, W.; WEISS, D.G.; CHARUAJASTRA, V.C. Use of disulfiram for alcoholics in methadone programs. *Archives of General Psychiatry* 40: 851-854, 1983.

McELROY, S.L.; WEISS, R.E.; MENDELSON, J.H.; TEOH, S.K.; McAFEE, B. and MELLO, N.K. Desipramine treatment for relapse prevention in

cocaine dependence. In: *Proceedings of 51st Annual Scientific Meeting of Committee on Problems of Drug Dependence*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 95. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1989.

McLELLAN, A.; LUBORSKY, L. and WOODY, G. An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 168: 26-33, 1980.

MELLO, N.; MENDELSON, J.; BREE, M. and LUKAS, S. Buprenorphine suppresses cocaine self-administration by rhesus monkeys. *Science* 245: 859-862, 1989.

NYERS, R.D.; BORG, S. and MOSSBERG, R. Antagonism by naltrexone of voluntary alcohol selection in the chronically drinking macaque monkey. *Alcohol* 3: 383-388, 1986.

POLLACK, M. Clonazepam: A review of open clinical trials. *Journal of Clinical Psychiatry* 48 (supp.): 12-15, 1987.

PRIMM, B. Plenary session, December 1990, Office for Treatment Improvement First Technical Assistance Meeting. Bethesda, MD: Office for Treatment Improvement, 1990.

ROUNSAVILLE, B.; ANTON, S.; CARROLL, K. and BUDDE, D. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry* 48: 43-51, 1991.

SIEGEL, S. Alcohol and opiate dependence: Re-evaluation of the Victorian perspective. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems* 9: 279-314, 1986.

STIMMEL, B.; COHEN, M.; STURIANO, V.; HANBURY, R.; KORTS, D. and JACKSON, G. Is treatment for alcoholism effective in persons on methadone maintenance? *American Journal of Psychiatry* 140: 862-866, 1983.

TRACHTENBERG, M.C. and BLUM, K. Alcohol and opioid peptides: Neuropharmacological rationale for physical craving of alcohol. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 13: 365-372, 1987.

VAILLANT, G. A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: Some characteristics and determinants of abstinence. In: Shaffer, H., and Burglass, M.E., eds. *Classic Contributions in the Addictions*. New York: Brunner/Mazel, 1981.

VAILLANT, G. Natural history of male alcoholism: Is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? *British Journal of Addictions* 78: 317-326, 1983.



## MANTENIMIENTO CON METADONA Y EMBARAZO

KAROL KALTENBACH, PH. D.;  
NEIL SILVERMAN, M.D.;  
RONALD WAPNER, M.D.

### INTRODUCCIÓN

El mantenimiento con metadona ha sido recomendado en el tratamiento de la dependencia de los opiáceos en mujeres embarazadas desde el inicio de los años 70 (Blinick *et al.* 1973). Además de las ventajas descritas en este manual, el recurso a la metadona como terapia de mantenimiento de las mujeres embarazadas permite prevenir el consumo irregular de opiáceos y protege al feto de episodios de abstinencia reiterados. Un programa global de mantenimiento con metadona, que incluya atención prenatal, puede reducir la incidencia de complicaciones obstétricas, fetales y retrasos en el crecimiento intrauterino, así como la morbilidad y mortalidad del recién nacido (Finnegan, 1991). Además, suele obtenerse una mejoría en la alimentación de la madre y reducirse su exposición al VIH en caso de inyección de droga. Los servicios de atención global permiten igualmente que las mujeres entren en un proceso de rehabilitación socio-psicológica y se preparen para el nacimiento de su hijo (Finnegan 1991).

Sin embargo, el tratamiento de mantenimiento durante el embarazo sigue siendo objeto de controversia, especialmente en lo que se refiere a desintoxicación médica, dosis adecuada y severidad de la sintomatología de abstinencia del recién nacido. Las consecuencias perinatales y el desarrollo de los niños tras una exposición intrauterina también han constituido un motivo de preocupación.

### DIAGNÓSTICO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

El diagnóstico de dependencia de opiáceos en la mujer embarazada se basa, igual que para cualquier otra paciente, en la anamnesis médica, los antecedentes de consumo de estupefacientes y la exploración física; también incluye los análisis de orina y los síntomas iniciales de absti-

nencia. Pueden constituir pruebas suplementarias otros factores como la presencia de enfermedades relacionadas con la toxicomanía (por ejemplo: hepatitis, endocarditis bacteriana o celulitis), una irregularidad en la asistencia a las consultas prenatales, un retraso en el crecimiento fetal intrauterino no explicable por otras etiologías o el fracaso en el intento de efectuar extracciones sanguíneas por ausencia de venas accesibles.

Conviene subrayar la absoluta contraindicación del empleo de antagonistas opiáceos para el diagnóstico de una dependencia de la heroína en la mujer embarazada. Induciendo un cuadro de abstinencia —incluso ligero—, se pueden provocar efectos indeseables en el feto.

## ASPECTOS MÉDICOS Y OBSTÉTRICOS

En general se considera que las mujeres embarazadas toxicómanas constituyen un grupo de más alto riesgo que la media debido a las complicaciones que conlleva el consumo de alcohol y de otras drogas. Los primeros signos de embarazo como la fatiga, las cefaleas, náuseas, vómitos y calambres musculares pueden ser de hecho interpretados por el médico y la paciente como síntomas de abstinencia. Ocurre con frecuencia que la aparición de estos síntomas conduce a la paciente a incrementar su consumo, cosa que no sólo no atenúa los síntomas, sino que además expone al feto a mayores concentraciones sanguíneas de estupefacientes y otras drogas.

La toxicomanía parenteral crónica durante el embarazo conduce al riesgo de complicaciones médicas y obstétricas dependientes de la vía de administración elegida, de la aparición de episodios de abstinencia por falta de disponibilidad de droga y de que la paciente tenga o no la voluntad de visitarse en un centro de atención prenatal para identificar y tratar estos problemas. Las complicaciones médicas ligadas al consumo de estupefacientes aparecen en la Tabla 1. Entre ellas, las infecciones representan un porcentaje importante y pueden tener efectos profundamente nefastos sobre la madre embarazada y su feto, en particular cuando no son detectadas y permanecen sin tratar durante la gestación. Las hepatitis A, B y C, las endocarditis bacterianas, septicemias, abscesos y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son particularmente frecuentes (Blinick *et al.* 1969; Charubin, 1971; Cherubin *et al.* 1972a; Cherubin & Millian, 1968; Cherubin *et al.* 1972b; Cherubin *et al.* 1976; Cushman & Grieco, 1973; Naeye *et al.* 1973).



Tabla 1. *Complicaciones médicas de la mujer toxicómana que pueden ser identificadas y tratadas durante el embarazo.*

Anemia Bacteriemia - septicemia Cardiopatía (en especial endocarditis) Absceso Diabetes Edema Hepatitis aguda o crónica Hipertensión Flebitis Neumonía Mala higiene dental ETS:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por Clamídea</li> <li>• Condiloma acuminado</li> <li>• Gonorrea</li> <li>• Herpes</li> <li>• VIH</li> <li>• Sífilis</li> </ul> Tétanos Tuberculosis Infección de vías urinarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cistitis</li> <li>• Pielonefritis</li> <li>• Uretritis</li> </ul>
--	--

Las complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas aparecen con una mayor frecuencia en aquellas mujeres que no reciben atención prenatal (Tabla 2). El diagnóstico de tales complicaciones suele hacerse con retraso, debido a que la paciente niega su existencia o evita deliberadamente aproximarse a unos servicios médicos que teme. Sin embargo, tras su confirmación, puede procederse con toda seguridad a un tratamiento obstétrico convencional, incluyendo la utilización de medicación para interrumpir las contracciones antes de plazo.

Tabla 2. *Complicaciones obstétricas que aparecen con mayor frecuencia en mujeres toxicómanas.*

Aborto espontáneo Muerte intrauterina Desprendimiento placentario Amnionitis Corioamnionitis Tromboflebitis séptica	Insuficiencia placentaria Retraso del crecimiento intrauterino Rotura prematura de membranas Contracciones antes de plazo Hemorragia <i>post-partum</i> Pre-eclampsia
--	--

El mantenimiento con metadona no es, por sí solo, suficiente para reducir las complicaciones perinatales, pero debe ser propuesto conjuntamente con una atención prenatal reforzada por un seguimiento psicosocial. El marco de un programa global permite identificar y tratar las complicaciones, reduciendo así la morbilidad y mortalidad materno-infantiles.

## INFECCIÓN POR VIH

La toxicomanía comporta un elevado riesgo de infección por el VIH debido a los riesgos sexuales y de las prácticas de consumo con mate-

rial de inyección compartido. La participación en un tratamiento de mantenimiento con metadona puede eliminar el riesgo de infección a través de jeringas contaminadas, mientras que los consejos y educación sobre el sida que se proponen en el marco del tratamiento pueden modificar el comportamiento sexual (Ball *et al.* 1988; Hubbard *et al.* 1989). También se ha informado de que un tratamiento de mantenimiento con metadona a largo plazo revierte el descenso de la inmunidad celular provocado por el consumo intravenoso de heroína (Novick 1989).

Se ha demostrado que los consejos en materia de VIH propuestos conjuntamente, pero de manera disociada, con la atención prenatal en un entorno médicamente «neutro» aumentan la aceptación de un test al VIH por parte de las mujeres de mayor riesgo (Silverman & Weiner, 1992). El test tiene una importancia capital para reducir la creciente incidencia de transmisión perinatal del VIH. Según las estimaciones de la *National Association of Children's Hospitals* y de las instituciones relacionadas con ella, cerca de 3000 niños son contaminados por el VIH cada año. En más del 80% de los casos, las madres de los niños que nacen infectados por el VIH consumen drogas o tienen una pareja toxicómana. Los programas de mantenimiento con metadona globales destinados a mujeres embarazadas con una toxicomanía intravenosa son esenciales para reducir o eliminar la transmisión perinatal de la infección por VIH. Un reciente estudio ha mostrado que, si bien las mujeres dependientes de opiáceos tienen un conocimiento general de los factores de riesgo de infección por VIH, los esfuerzos actuales en el campo educativo no se han traducido en que las pacientes apliquen la información recibida en una evaluación de su riesgo personal de estar infectadas. En consecuencia, es necesario desarrollar intensos esfuerzos en el campo de la educación juntamente con una promoción de la abstinencia de estupefacientes para reducir los riesgos de madres e hijos de infectarse por el VIH (Silverman *et al.* en imprenta).

## MANTENIMIENTO CON METADONA DURANTE EL EMBARAZO

La farmacología en la mujer embarazada ha sido bien evaluada. La metadona se difunde ampliamente por el organismo tras su administración oral, con una fijación tisular inespecífica importante, creándose así depósitos de reserva que liberan metadona en el torrente sanguíneo y contribuyen a la larga duración de su acción (Dole & Kreek 1973). La máxima concentración sanguínea se alcanza 2 a 6 horas des-

pués de la ingesta de una dosis de mantenimiento, si bien menos del 6 % de la dosis se encuentra en este momento en el volumen sanguíneo total (Inturrisi & Verebey 1972; Kreek 1973; Sullivan & Blake 1972). A lo largo del resto del período de 24 horas se mantienen concentraciones plasmáticas menos elevadas, pero constantes. La metadona es metabolizada a nivel hepático y excretada por orina y heces, parte sin alterar, parte en forma de diversos metabolitos.

En los estudios sobre el uso de la metadona en mujeres embarazadas aparecen marcadas diferencias, tanto inter- como intra-individuales; para una misma dosis administrada, la concentración plasmática es algo inferior durante el embarazo que después del parto. Esta disminución de la metadona disponible puede ser debida a un incremento en el volumen sanguíneo, a un aumento del reservorio tisular para el almacenamiento de metadona y al metabolismo de la placenta y del feto (Kreek *et al.* 1974). *La comprensión de este aumento del volumen sanguíneo y de los cambios de metabolismo específicos del embarazo es extremadamente importante, pues las mujeres mantenidas con metadona desarrollan con frecuencia signos y síntomas de abstinencia que van en aumento a medida que avanza el embarazo, de modo que precisan de un aumento de la dosis a fin de mantener la misma concentración plasmática y prevenir así síntomas de abstinencia* (Finnegan & Wapner 1987).

## DESINTOXICACIÓN DE LA METADONA

Si, por una parte, no existe prueba alguna de que la metadona tenga efectos negativos sobre la mujer embarazada, por otra parte la eficacia de la desintoxicación de la metadona en el transcurso del embarazo sigue siendo objeto de controversia. En el caso de que se decida proceder a una desintoxicación, la recomendación más comúnmente aceptada (Finnegan 1991) es desaconsejar su inicio antes de la 14 semana de gestación, por el riesgo potencial de que ello provoque un aborto, así como después de la 32 semana debido al estrés fetal que podría inducir. La desintoxicación debería ser efectuada bajo el control de médicos experimentados en el ámbito de la dependencia perinatal e, idealmente, tener lugar bajo la dirección de una unidad equipada con medios de control fetal con el fin de interrumpirlo en caso de que se provocara estrés fetal o bien de que aparezca el riesgo de un parto prematuro. La desintoxicación debería hacerse mediante una reducción de la dosis a un ritmo máximo de 5 mg cada 1 a 2 semanas.

En ocasiones, el embarazo aparece en pacientes mantenidas con dosis de metadona relativamente elevadas o que requieren importantes dosis

de metadona para contrarrestar su sintomatología de abstinencia. Una vez más, se desaconsejará la desintoxicación porque los riesgos asociados a ella serían más importantes que todos aquellos que en teoría pudiera provocar una dosis «elevada» de un medicamento lícito como la metadona.

## DOSIS DE METADONA Y GESTIÓN DE LA MISMA

Aquellas mujeres que ya se encontraban en mantenimiento con metadona antes del embarazo pueden seguir inicialmente con la misma dosis. Las mujeres embarazadas con dependencia de opiáceos que no han sido mantenidas previamente con metadona deben ser ingresadas en un hospital (con una estancia de una duración media de tres días) para someterse a una evaluación de su estado de salud y una determinación de su grado de dependencia física, e iniciar el mantenimiento con metadona. Se empieza en general con una dosis de 10 a 20 mg/día en función de la anamnesis, prosiguiendo con reajustes individualizados de la dosis en función de las reacciones observadas. Se administrarán dosis suplementarias cada 4-6 horas si aparece sintomatología de abstinencia. En el segundo día se administra como mantenimiento la dosis total del día anterior. Se añadirán dosis suplementarias, si persisten síntomas de abstinencia. En la mayoría de los casos, se consigue un control adecuado de la sintomatología a las 48-72 horas con una dosis diaria de 20 a 35 mg/día. A pesar de ello, la mayoría de las pacientes requerirán un aumento de la dosis de 10 a 30 mg a lo largo del embarazo. La reglamentación federal estipula que las mujeres embarazadas deberían ser mantenidas en la dosis «efectiva» más baja. Para determinar las dosis adecuadas de mantenimiento en las mujeres embarazadas dependientes de opiáceos se aplican los mismos criterios que para las otras pacientes, a saber: los efectos clínicos deseados deben incluir la prevención de la sintomatología de abstinencia, la disminución de la apetencia por opiáceos y el bloqueo de los efectos euforizantes de los mismos (Kreek 1987). La «dosis más baja posible» puede variar entre 35 y 80 mg/día, dependiendo de la duración de la toxicomanía y del mantenimiento con metadona, del metabolismo individual y de tratamientos asociados, como una medicación antimicrobiana. Debería establecerse la dosis de cada paciente de manera individualizada y mantener paralelamente una adecuada vigilancia del embarazo (Finnegan, 1991).

Dada la frecuente necesidad de incrementar la dosis de metadona en el curso del último trimestre, a causa de los cambios en el metabo-

mo de la metadona durante las últimas etapas del embarazo, se ha evocado el posible interés de fraccionar la dosis diaria, de modo que se facilite el mantenimiento de un estado de equilibrio. Sin embargo, sólo un estudio sobre 7 casos (Whittman & Segal 1991) ha intentado evaluar las diferencias en la actividad fetal en función de que la dosis de metadona sea única o fraccionada. Si bien puede que este método sea eficaz, son necesarias más investigaciones para que pueda ser recomendado.

## SOBREDOSIS

Puede ocurrir que ciertas pacientes, por haber proseguido un consumo de droga, se presenten para recibir su dosis de metadona en estado de intoxicación objetivable. En estos casos, y para evitar una excesiva impregnación o una sobredosis, puede retrasarse la administración de la metadona hasta que pueda observarse una reducción de los signos de intoxicación. Puede ser prudente, más que anular la dosis de metadona, mantener una observación de la sintomatología de abstinencia aumentando progresivamente, de un modo controlado y observable, la dosis diaria.

## DESINTOXICACIÓN NEONATAL EN EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO A LA METADONA

En las mujeres embarazadas, una de las reacciones negativas hacia la metadona más emocionales proviene de la opinión de que incrementa la incidencia y la gravedad de la sintomatología de abstinencia en el recién nacido. La exposición a la heroína o la metadona antes del parto conduce a una elevada incidencia de sintomatología de abstinencia neonatal. Este estado se describe como un trastorno generalizado que comporta signos y síntomas de irritabilidad del sistema nervioso central, disfunción gastro-intestinal, distrés respiratorio y sintomatología neurovegetativa que incluye bostezos, estornudos, equimosis y fiebre. El momento en que aparece la sintomatología de abstinencia varía desde algunos minutos u horas hasta dos semanas tras el parto, pero en la mayoría de los casos aparece en las primeras 72 horas. El estado de abstinencia del recién nacido cambia en función de diversos factores, como el tipo de drogas consumidas por la madre, la duración y las cantidades del consumo previo al parto, las características del parto, así como el tipo y cantidades de analgésicos administrados durante el mismo, la madurez y estado nutricional del recién nacido y la presencia en él de enfermedades intrínsecas. El síndrome de abstinencia puede ser ligero y pasajero, aparecer con retraso o presentar un incremento

progresivo de su gravedad, manifestarse de modo intermitente o presentar una evolución bifásica en la que aparecen signos agudos de abstinencia, seguidos de una fase de remisión y a continuación una reacción de abstinencia subaguda (Desmond & Wilson 1975).

Si bien el estado de abstinencia puede ser más acentuado y/o prolongado para la metadona que para la heroína, debido a su vida media más larga, se puede tratar de un modo satisfactorio la abstinencia neonatal mediante una farmacoterapia adecuada, sin que ello comporte consecuencia negativa alguna para el recién nacido. Se recomienda la utilización de un sistema de escalas de abstinencia para monitorizar al neonato, pasivamente dependiente, de un modo completo y objetivo y así evaluar la aparición, progresión y disminución de los síntomas de abstinencia (Finnegan 1990). Se utiliza la escala para seguir la respuesta clínica del recién nacido al tratamiento destinado al control de los síntomas de abstinencia y a la desintoxicación.

En algunas ocasiones se ha recomendado un mantenimiento a baja dosis (< 20 mg/día) por el motivo de que ciertos estudios han demostrado una posible correlación entre el grado de abstinencia neonatal y la dosis de metadona recibida por la madre en el curso del último trimestre del embarazo. Sin embargo, ha sido difícil establecer una relación entre la dosis de metadona de la madre y la presencia de sintomatología de abstinencia. Tanto Ostrea y colaboradores (1976) como Madden y colaboradores (1977) han encontrado una relación significativa entre la gravedad de la sintomatología de abstinencia y la dosis de metadona recibida durante el embarazo. No es el caso de otros investigadores (Blinik *et al.* 1973; Rosen & Pippenger, 1975; Stimmel *et al.* 1982-83), que no han observado esta correlación. Kaltenbach y colaboradores (1990) han examinado las dosis de metadona recibidas por la madre y sus consecuencias en los recién nacidos en un grupo de 147 mujeres mantenidas con dosis bajas (5-40 mg/día), moderadas (41-60 mg/día) o elevadas (> 60 mg/día) durante el embarazo. Comparando los grupos, no encontraron ninguna diferencia ni en el número de días en que los neonatos requerían medicación, ni en el peso al nacer ni en la edad gestacional. Recurrieron a un análisis de regresión múltiple para determinar los factores predictivos de la edad gestacional, el peso al nacer y la duración del tratamiento médico de la abstinencia. No existía asociación significativa con la politoxicomanía, con el consumo de heroína, con el de otras drogas no opiáceas, con la dosis media de metadona, el número de meses en tratamiento con metadona, ni con el sexo del recién nacido.

## CARACTERÍSTICAS NEUROLÓGICAS Y COMPORTAMENTALES

Las características neurológicas y comportamentales del recién nacido en abstinencia de opiáceos han sido estudiadas sistemáticamente mediante el *Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale* (Brazelton, 1973). Diversos investigadores (Chasnoff *et al.*, 1984; Jeremy & Hans, 1985; Kaplan *et al.* 1976; Strauss *et al.* 1975; Strauss *et al.* 1976) han coincidido en encontrar diferencias en el comportamiento de los niños nacidos de mujeres dependientes de opiáceos, comparados con los nacidos de mujeres no dependientes. Se ha encontrado que los primeros se mostraban más irritables y menos cariñosos, y que presentaban más temblores y un incremento del tono muscular. Diversos estudios refieren igualmente en ellos una menor respuesta a los estímulos visuales; además, se ha encontrado en ellos una menor capacidad de mantener un estado de alerta, no pudiéndose completar con frecuencia los ejercicios de orientación utilizados en la escala de *Brazelton*. Strauss y colaboradores (1975) han referido que, una vez provocado, el comportamiento de orientación de los recién nacidos expuestos a opiáceos era comparable al de los no expuestos.

Un aspecto importante de estas características comportamentales en el recién nacido es su implicación en la interacción madre-hijo. Es frecuente que la alimentación de estos recién nacidos sea dificultada por estos cambios comportamentales que se traducen en un empobrecimiento de la relación entre madre e hijo. Según sugieren Hoegerman y colaboradores (1990), los efectos de estos cambios comportamentales en la relación madre-hijo podrían constituir el más insidioso y devastador legado de la toxicomanía perinatal. Sin embargo, y en el marco de un programa terapéutico global focalizado en la relación madre-hijo durante los períodos perinatal e infantil, ello puede ser mejorado mediante las apropiadas intervenciones y estrategias educativas, diseñadas para mejorar la interacción madre-hijo, así como en el contexto de grupos de apoyo en los que participen tanto madres en la misma situación como profesionales.

Siempre y cuando no esté contraindicado por los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y de drogas ilícitas, se debería favorecer la alimentación por la leche materna, pues ello refuerza la relación madre-hijo, además de aportar factores inmunológicos protectores. La persistencia en el consumo de alcohol o de drogas ilegales constituye una contraindicación para ello. Numerosas sustancias como el etanol, las anfetaminas y los opiáceos alcanzan concentraciones significativas en

la leche materna. En cuanto a la metadona, se ha referido que alcanza un *ratio* medio leche/plasma de 0,83 (Blinick *et al.* 1975) y, de hecho, en aquellos recién nacidos de madres bien estabilizadas en un mantenimiento con metadona, la alimentación por leche materna puede prevenir la sintomatología de abstinencia. Sin embargo, es probable que no sea recomendable prolongar la alimentación por leche materna más allá de los 6 meses con motivo del incremento en la cantidad de leche ingerida por los lactantes de mayor peso.

Una segunda contraindicación la constituye el riesgo de infección en las madres con toxicomanía activa o con antecedentes de ella. Se ha demostrado que la infección por el VIH es transmisible por la leche materna; se debería por lo tanto desaconsejar a las madres seropositivas alimentar con su leche a su lactante. Además, la drogodependencia es un factor de riesgo para el virus recientemente identificado de la hepatitis C, llamada en el pasado hepatitis *no-A no-B*. Si bien las informaciones relativas a las vías de contagio de la hepatitis C siguen siendo controvertidas, también debería desaconsejarse la alimentación por leche materna a las madres con serología positiva a la hepatitis C.

## EVOLUCIÓN PERINATAL Y DESARROLLO

Otro tema de preocupación lo constituye el crecimiento intrauterino de los hijos de madres en mantenimiento con metadona. Numerosos estudios prospectivos han conducido a conclusiones inconsistentes. Los estudios que comparan los recién nacidos de madres heroínómanas que no reciben metadona con aquellos nacidos de madres en mantenimiento con metadona encuentran diferencias, con un peso al nacer más elevado en los hijos de mujeres en mantenimiento con metadona (Connaughton *et al.* 1977; Kandall *et al.* 1977). En ciertos estudios en los que se ha comparado recién nacidos, según que hayan estado expuestos o no a la metadona, se encontró que los primeros presentaban un peso inferior (Chasnoff *et al.* 1982; Lifshitz *et al.* 1983), mientras que otros estudios no han encontrado diferencias de peso (Rosen & Johnson, 1982; Strauss *et al.* 1976). También se ha referido un perímetro craneal inferior en los recién nacidos expuestos a la metadona. Un estudio más reciente efectuado por Kaltenbach & Finnegan (1987) sobre un amplio grupo de lactantes ( $n = 268$ ) ha encontrado que los expuestos a la metadona tenían un peso al nacer y un perímetro craneal inferior al de los no expuestos. Si bien se encontraron diferencias entre los dos grupos, los expuestos a la metadona no eran más pequeños en relación a su edad gestacional y existía una correlación entre



perímetro craneal y peso al nacer, tanto en los expuestos a la metadona, como en el grupo de comparación ( $r = 0,72$  y  $0,69$ , respectivamente). Los resultados de este estudio sugieren que los bebés nacidos de madres mantenidas con metadona durante el embarazo pueden tener un peso al nacer y un perímetro craneal inferiores a los de los no expuestos, pero que no presentan retraso en el crecimiento.

En un estudio longitudinal, Pasto y colaboradores (1989) evaluaron las características de la ecografía cerebral de niños expuestos a la metadona y de un grupo de comparación al nacer, con 1 mes y con 6 meses de edad. Se registraron las características ecográficas de los ventrículos cerebrales (normales *vs.* sin líquido objetivable), las medidas transversales del hemidiámetro intracraneal, de los ventrículos derecho e izquierdo y de los lóbulos temporales, así como medidas de la región talámica (trazadas en un ángulo transaxial). Los niños expuestos a la metadona presentaban unos ventrículos claramente más estrechos en las tres medidas, si bien ello se normalizaba con la edad. Tanto al nacer como al mes, los hemidiámetros eran más pequeños en los recién nacidos expuestos a estupefacientes, pero ni la región talámica ni las medidas del lóbulo temporal difirieron en ningún momento. La exposición intrauterina a la metadona se correlacionaba de manera importante con imágenes más estrechas de ventrículos que se corregían más lentamente en los niños nacidos con bajo peso. Se sugirió que los hemidiámetros más pequeños y los ventrículos más estrechos podían constituir indicadores de un crecimiento cortical más lento.

Se encontró que la incidencia de estrabismo era más elevada en los niños que habían sido expuestos *in utero* a los estupefacientes comparados con la población restante. Nelson y colaboradores (1987), en un estudio sobre 29 recién nacidos expuestos a los estupefacientes, mostraron que la incidencia de estrabismo era de 24 % comparado con el 5 a 8 % de la población general. El peso al nacer era inferior para los niños con estrabismo ( $p = 0,05$ ), pero la dosis media de metadona durante el embarazo era más elevada, de modo que no pudo determinarse si el estrabismo se relacionaba con un peso al nacer más bajo, con el grado de exposición a los estupefacientes o con una combinación de factores.

Las conclusiones divergentes de estos estudios reflejan las múltiples variaciones que presentan las diferentes poblaciones. Las madres presentan diferencias según la dosis diaria de metadona, la duración del mantenimiento con metadona y la cantidad de atención prenatal recibida. Un elevado porcentaje de las mujeres embarazadas y en mantenimiento con metadona continúa consumiendo diversas drogas, como

heroína, diazepam, cocaína y barbitúricos. Además, el 90 % de ellas presenta un consumo de tabaco entre moderado e importante y el consumo de alcohol es bastante frecuente (Rosen & Johnson 1982; Wilson *et al.* 1981).

También existen numerosos estudios longitudinales que han examinado las secuelas del desarrollo asociadas a la exposición intrauterina a la metadona. Un estudio de Strauss y colaboradores (1976) mostró que tanto los lactantes expuestos a la metadona como los de un grupo control se desarrollaban dentro de la normalidad, según el *Bayley Mental Development Index* (MDI) y el *Motor Development Index* (PDI), en las edades de 3, 6 y 12 meses. Sin embargo, entre los niños expuestos a la metadona, la puntuación del *Motor Development Index* disminuía con la edad y difería de las del grupo control a los 12 meses. Wilson y colaboradores (1981), estudiando niños de 9 meses de edad, tampoco hallaron diferencias a nivel del MDI, si bien encontraron una puntuación en el PDI inferior para los niños expuestos a la metadona. Rosen y Johnson (1982) no constataron diferencias entre los dos grupos en las puntuaciones del MDI y del PDI a la edad de 6 meses, pero apreciaron que los niños expuestos a la metadona presentaban una puntuación inferior en ambas escalas a los 12 y 18 meses. Por su parte, Lodge (1977) no halló diferencias de puntuación ni a los 6 ni a los 12 meses; Hans & Jeremy (1984) tampoco advirtieron diferencias ni a los 4, ni a los 8 ni a los 12 meses, lo mismo que Kaltenbach & Finnegan (1986) a los 6, 12 y 24 meses, y Chasnoff y colaboradores (1984) a los 3, 6, 12 y 24 meses. El síndrome de abstinencia neonatal y las características comportamentales pueden ser directamente atribuidos a la exposición intrauterina a la metadona, pero definir de manera más profunda los efectos de la exposición prenatal a la metadona constituye una tarea extremadamente difícil y compleja.

No es posible determinar los efectos de la exposición intrauterina a la metadona sobre el desarrollo recurriendo únicamente a los resultados de los estudios representativos efectuados en el transcurso de los últimos 20 años. Si deseamos alcanzar una plena comprensión del desarrollo de los niños sometidos a una exposición intrauterina a la metadona, deberemos también estudiar las características de las mujeres toxicómanas y así determinar si existen factores ambientales de riesgo asociados a esta población. Deben incluirse variables, como la personalidad de la madre, el grado de estrés, los cuidados que recibe el lactante y las características de la relación madre-hijo. Bien pudiera ser que se descubriera que la exposición prenatal a la metadona es uno

de los factores de riesgo menos importantes para los lactantes nacidos de madres toxicómanas mantenidas con metadona (Kaltenbach & Finnegan, 1984).

## SERVICIOS GLOBALES

La gama de prestaciones médicas ofrecidas a las mujeres toxicómanas embarazadas debe ser ampliada y debería incluir terapia individual, grupal y familiar, e interesarse, no sólo por los efectos fisiológicos y psicológicos del consumo de drogas, sino también por el impacto de factores sociológicos. El tratamiento debe responder a las múltiples variables médicas y sociales que complican los problemas de la toxicomanía y su curación. Los problemas relacionados con la violencia en el domicilio, manutención, alimentación, alojamiento y cuidado del lactante pueden resultar insuperables para la mujer drogodependiente en fase de recuperación. La recaída es inminente cuando la supervivencia cotidiana está amenazada. Deberían ofrecerse medidas de prevención del sida, consejos, detección y educación en forma de cursos dirigidos a los padres antes y después del parto. Estos esfuerzos deberían tener como objetivo la eliminación del consumo de sustancias, la mejora de las relaciones familiares e interpersonales, la reducción y eliminación de comportamientos sociales destructivos y el facilitar al máximo la adaptación de los padres a su entorno. Si el mantenimiento con metadona se acompaña de prestaciones médicas, psicológicas y sociales, es posible mejorar de manera importante la evolución de la madre y de su lactante (Finnegan *et al.* 1991).

## RESUMEN

Es esencial que el mantenimiento con metadona durante el embarazo sea contemplado en un contexto apropiado. La metadona es un medicamento legal utilizado para el tratamiento de una enfermedad recurrente crónica y, al igual que con cualquier farmacoterapia, debe considerarse la relación riesgo-beneficio. Si el tratamiento con metadona de una mujer toxicómana embarazada es aplicado en el marco de un programa terapéutico global que incluya los problemas médicos, obstétricos, psicosociales y de la adicción, se obtiene una reducción de la mortalidad y morbilidad maternofilial y se evita la alteración del desarrollo y del funcionamiento cognitivo del niño.

## RECOMENDACIONES

- Establecer el diagnóstico de la dependencia de opiáceos de una mujer embarazada según los mismos criterios (p. ej., antecedentes de toxico-

manía, anamnesis médica y psicosocial, exploración física, análisis de orina, sintomatología de abstinencia, etc.) que son utilizados para el diagnóstico de una dependencia de opiáceos en una mujer toxicómana no embarazada, evitando la utilización de medicamentos antagonistas.

- Ofrecer a las mujeres toxicómanas embarazadas un tratamiento de mantenimiento con metadona en el marco de un programa terapéutico completo que incluya los problemas médicos, prenatales, obstétricos, psicosociales y relacionados con la toxicomanía.

- Cuando se opta por la desintoxicación de la metadona, efectuarla bajo el control de un médico experimentado en el campo de la toxicomanía perinatal, preferentemente en una unidad que disponga de un equipo de control fetal; *debe evitarse* iniciar una desintoxicación antes de la 14<sup>a</sup> semana y después de la 32 semana de embarazo; debe evitarse siempre la sintomatología de abstinencia durante el embarazo.

- Inicialmente, mantener a las mujeres embarazadas a la misma dosis anterior al embarazo; se recomienda la hospitalización de las mujeres embarazadas no tratadas (para un ingreso de unos 3 días) con el fin de evaluar el *status* prenatal y el crecimiento fetal, documentar su dependencia física e iniciar el mantenimiento con metadona.

- Controlar a las mujeres embarazadas e individualizar la dosis. Al final del embarazo, aumentar la dosis de metadona, si es necesario para mantener la misma concentración plasmática y evitar el síndrome de abstinencia.

- Aplazar la administración de metadona a pacientes objetivamente intoxicadas hasta remisión de los síntomas de intoxicación; eventualmente reingresar estas pacientes para observar la sintomatología de abstinencia mientras se incrementa la dosis diaria en un marco controlado y observable.

- Favorecer el acceso a la detección y a un enérgico consejo en materia del VIH articulados con un apoyo orientado hacia la abstinencia de narcóticos para favorecer la disminución de riesgos de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas, sus parejas y su descendencia.

- Utilizar una escala de abstinencia para controlar a los recién nacidos de modo global y objetivo, con el fin de evaluar la aparición, el progreso y la disminución de la sintomatología, así como para valorar la eficacia de los tratamientos introducidos.

- Ofrecer intervenciones adecuadas —utilizando, entre otras, las estrategias educativas y los grupos de apoyo para padres— para mejorar la

interacción madre-hijo y reducir las consecuencias comportamentales de una relación maternofilial empobrecida.

- La lactancia materna puede ser favorecida durante el tratamiento de mantenimiento con metadona. Sin embargo, se contraindicará si la paciente es VIH positiva o abusa de diversas sustancias.

## BIBLIOGRAFÍA

BALL, J.C.; LANGE, W.R.; MYERS, C.P. and FRIEDMAN, S.R. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior* 29: 214-226, 1988.

BLINICK, G.; INTURRIS, C.E.; JEREZ, E. and WALLACH, R.C. Methadone assays in pregnant women and their progeny. *American Journal of Obstetric Gynecology* 121: 617-621, 1975.

BLINICK, G.; JEREZ, E., AND WALLACH, R.C.; Methadone maintenance, pregnancy, and progeny. *Journal of the American Medical Association* 225: 477, 1973.

BLINICK, G., WALLACH, R.C. and JEREZ, E. Pregnancy in narcotic addicts treated by medical withdrawal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 105: 997, 1969.

BRAZELTON, T.B. *Neonatal Behavior Assessment Scale*. Philadelphia: Lippincott, 1973.

CHASNOFF, I.J.; HATCHER, R. and BURNS, W. Polydrug and methadone addicted newborns: A continuum of impairment? *Pediatrics* 70: 210, 213, 1982.

CHASNOFF, I.J.; SCHNOLL, S.H.; BURNS, W.J. and BURNS, K. Maternal non-narcotic substance abuse during pregnancy: Effects on infant development. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology* 6(4): 277-280, 1984.

CHERUBIN, C.E. Infectious disease problems of narcotic addicts. *Archives of Internal Medicine* 128: 309, 1971.

CHERUBIN, C.E.; KANE, S.; WEINBERGER, D.R.; WOLFE, E. and MCGINN, T.G. Persistence of transaminase abnormalities in former drug addicts. *Annals of Internal Medicine* 76: 385, 1972a.

CHERUBIN, C.E. and MILLIAN, S.J. Serological investigations in narcotic addicts. I. Syphilis, lymphogranuloma venereum, herpes simplex and Q fever. *Annals of Internal Medicine* 69: 739, 1968.

CHERUBIN, C.E.; ROSENTHAL, W.S.; STENGER, R.E.; PRINCE, A.M.; BADEN, M.; STRAUSS, R. and MCGINN, T.G. Chronic liver disease in asymptomatic narcotic addicts. *Annals of Internal Medicine* 76: 391, 1972b.

CHERUBIN, C.E.; SCHAEFER, R.A.; ROSENTHAL, W.S.; MCGINN, T.G.; FORTE, F.; PURCELL, R. and WALMSLEY, P. The natural history of liver disease in former drug users. *American Journal of Medical Science* 272: 244, 1976.

CONNAUGHTON, J.F.; REESER, D. and FINNEGAN, L.P. Pregnancy complicated by drug addiction. In: Bolognese, R., and Schwartz, R., eds. *Perinatal Medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1977.

CUSHMAN, P and GRIECO, M.H. Hyperimmunoglobulinemia associated with narcotic addiction: Effects of methadone maintenance treatment. *American Journal of Medicine* 54: 320, 1973.

DESMOND, M.M., AND WILSON, G.S. Neonatal abstinence syndrome, recognition and diagnosis. *Addictive Diseases* 2: 113-121, 1975.

DOLE, V.P., AND KREEK, M.J. Methadone plasma level: Sustained by a reservoir of drug in tissue. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 70: 10, 1973.

FINNEGAN, L.P., AND WAPNER, R.J. Narcotic addiction in pregnancy. In: Neibyl, J.R., ed. *Drug Abuse in Pregnancy*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1987, pp. 203-222.

FINNEGAN, L.P. Neonatal abstinence syndrome. In: Nelson, N.M., ed. *Current Therapy in Neonatal-Perinatal Medicine*. Philadelphia: B.C. Becker, Inc., 1990.

FINNEGAN, L.P. Treatment issues for opioid-dependent women during the perinatal period. *Journal of Psychoactive Drugs* 23(2): 191-201, April-June 1991

FINNEGAN, L.P.; HAGAN, T.A. and KALTENBACH, K. Opioid dependence: Scientific foundations of clinical practice. In: *Pregnancy and Substance Abuse: Perspectives and Directions: Proceedings of the New York Academy of Medicine* 67(3): 223-239, May-June, 1991.

HANS, S.L., AND JEREMY, R.J. Post-neonatal motoric signs in infants exposed *in utero* to methadone. Paper presented at the Fourth International Conference on Infant Studies, New York, 1984.

HUBBARD, R.L.; MARSDEN, M.E.; RACHAL, J.V.; HARWOOD, H.J.; CAVANAUGH, E.R. and GINZBURG, H.M. *Drug Abuse Treatment: A*

*National Study of Effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1989.

HOEGERMAN, G.; WILSON, C.; THURMOND, E.; AND SCHNOLL, S. Drug-exposed neonates. *Western Journal of Medicine* 152: 559-564, 1990.

INTURRISI, C.E., AND VEREBEY, K. A gas liquid chromatographic method for the quantitative determination of methadone in human plasma and urine. *Journal of Chromatography* 65: 361, 1972.

JEREMY, R.J., AND HANS, S.L. Behavior of neonates exposed *in utero* to methadone as assessed on the Brazelton Scale. *Infant Behavior and Development* 8: 323-336, 1985.

KALTENBACH, K., AND FINNEGAN, L.P. Perinatal and developmental outcome of infants exposed to methadone *in utero*. *Neurotoxicology and Teratology* 9 :311-313, 1987.

KALTENBACH, K. and FINNEGAN, L.P. Developmental outcome of infants exposed to methadone *in utero*: A longitudinal study. *Pediatric Research* 20: 57, 1986.

KALTENBACH, K.; THAKUR, N.; WEINER, S. and FINNEGAN, L.P. The relationship between maternal methadone dose during pregnancy and infant outcome. *Pediatric Research Abstracts*, 1990.

KALTENBACH, K., AND FINNEGAN, L.P. Developmental outcome of children born to methadone maintained women: A review of longitudinal studies. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology* 6: 271-275, 1984.

KANDALL, S.R.; ALBIN, R.S.; GARTNER, L.M.; LEE, K.S.; EIDELMAN A. and LOWINSON, J. The narcotic dependent mother: Fetal and neonatal consequences. *Early Human Development* 1: 159-169, 1977.

KAPLAN, S.L.; KRON, R.E.; PHOENIX, M.D. and FINNEGAN, L.P. Brazelton neonatal assessment at three and twenty-eight days of age: A study of passively addicted infants, high risk infants, and normal infants. In: Alksne, H., and Kauffman, E., eds. *Critical Concerns in the Field of Drug Abuse*. New York: Marcel Dekker, Inc., 1976, pp. 726-730.

KREEK, M.J. Plasma and urine levels of methadone. *New York State Journal of Medicine* 23: 2773, 1973.

KREEK, M.J. Opiate ethanol interactions: Implications for biological basis and treatment of combined addictive diseases. In: Harris, L.S. *Pro-*

*blems of Drug Dependence*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 81. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off. 1987.

KREEK, M.J.; SCHECTER, A.; GUTJAHR, C.L.; BOWEN, D.; FIELD, F.; QUEENAN, J. and MERKATZ, I. Analyses of methadone and other drugs in maternal and neonatal body fluids: Use in evaluation of symptoms in a neonate of mother maintained on methadone. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1: 409, 1974.

LIFSHITZ, M.H.; WILSON, G.S.; SMITH, E. and DESMOND, M. Fetal and postnatal growth of children born to narcotic-dependent women. *Journal of Pediatrics* 102: 686-691, 1983.

LODGE, A. Developmental findings with infants born to mothers on methadone maintenance: A preliminary report. In: BESCHNER, G., and ROTMAN, R.B., eds. *Symposium on Comprehensive Health Care for Addicted Families and Their Children*. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1977.

MADDEN, J.D.; CHAPPEL, J.N.; ZUSPAN, F.; GUMPEL, J.; MEIJA, A and DAVIS, R. Observation and treatment of neonatal narcotic withdrawal. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 127: 199-201, 1977.

NAEYE, R.L.; BLANE, W.; COBLANC, W.; LEBLANE, W. and KHATAMEE, M.A. Fetal complications of maternal heroin addiction: Abnormal growth, infections, and episodes of stress. *Journal of Pediatrics* 83:1055, 1973.

NOVICK, D.M., OCHSHORN, M.; GHALI, V.; CROXSON, T.S.; MERCER, W.D.; CHIORAZZI, N. and KREEK, M.J. Natural killer cell activity and lymphocyte subsets in parenteral heroin abusers and long-term methadone maintenance patients. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 250: 606-610, 1989.

NELSON, L.B.; EHRLICH, S.; CALHOUN, J.H.; MATTEUCCI, T. and FINNEGAN, L.P. Occurrence of strabismus in infants born to drug dependent women. *American Journal of Diseases of Children* 141: 175-178, 1987.

OSTREA, E.M.; CHAVEZ, C.J. and STRAUSS, M.E. A study of factors that influence the severity of neonatal narcotic withdrawal. *Journal of Pediatrics* 88: 642-645, 1976.

PASTO, M.E.; EHRLICH, S.; KALTENBACH, K.; GRAZIANI, L.; KURTZ, A.; GOLDBERG, B., AND FINNEGAN, L.P. Cerebral sonographic characteristics and maternal and neonatal risk factors in infants of opiate dependent mothers. In: *Annals of the New York Academy of Science*,



*Proceedings of the Conference on Prenatal Abuse of Licit and Illicit Drugs* 562: 355-357, 1989.

ROSEN, T.S. and JOHNSON, H.L. Children of methadone maintained mothers: Follow-up to 18 month of age. *Journal of Pediatrics* 101: 192-196, 1982.

ROSEN, T.S. and PIPPENGER, C.E. Disposition of methadone and its relationship to severity of withdrawal in the newborn. *Addictive Diseases* 2: 169, 1975.

SILVERMAN, N.S. and WEINER, S.M. Increased HIV testing with an on-site prenatal clinic counselor. Abstract 405, Society of Perinatal Obstetricians Annual Clinical Meeting, 1992. Submitted to *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

SILVERMAN, N.S.; KIM, M. and EISEN, K. HIV knowledge among substance-addicted pregnant women. *American Journal of Gynecological Health* (in press), 1992.

STIMMEL, B.; GOLDBERG, J.; REISMAN, A.; MURPHY, R. and TEETS, K. Fetal outcome in narcotic dependent women: The importance of the type of maternal narcotic used. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 9(4): 383-395, 1982-83.

STRAUSS, M.E.; LESSEN-FIRESTONE, J.K.; STARR, R.H. and OSTREA, E.M. Behavior of narcotic-addicted newborns. *Child Development* 46: 887-893, 1975.

STRAUSS, M.E.; STARR, R.H.; OSTREA, E.M.; CHAVEZ, C.J. and STRYKER, J.C. Behavioral concomitants of prenatal addiction to narcotics. *Journal of Pediatrics*. 89: 842-846, 1976.

SULLIVAN, H.R., AND BLAKE, D.A. Quantitative determination of methadone concentration in human blood, plasma, and urine by gas chromatography. *Research Communications in Chemical Pathology and Pharmacology* 3: 467, 1972.

WHITTMAN, B.K., AND SEGAL, S. A comparison of the effects of single- and split-dose methadone administration on the fetus: Ultrasound evaluation. *International Journal of the Addictions* 26(2): 213-218, 1991.

WILSON, G.S.; DESMOND, M.M. and WAIT, R.B. Follow-up of methadone treated women and their infants: Health developmental and social implications. *Journal of Pediatrics* 98: 716-722, 1981.

WILSON, G.S.; McCREARY, R.; KEAN, J. and BAXTER, C. The development of preschool children of heroin-addicted mothers: A controlled study. *Pediatrics* 63: 135-141, 1979.

## INTRODUCCIÓN

La aparición de la epidemia del sida y el aumento de la incidencia de otras enfermedades infecciosas al principio de la década de los 80 han modificado en gran medida las orientaciones médicas frente a los UDVP<sup>1</sup> en los Estados Unidos. En los años 60, los PMM podían permitirse el «lujo», gracias a un mayor nivel de fondos destinados al tratamiento de la drogadicción, de ofrecer a sus pacientes la atención médica de base. Se consideraba que las complicaciones médicas del uso intravenoso de drogas, como las enfermedades infecciosas (p. ej., tuberculosis y hepatitis B) y otras secuelas (p. ej., endocarditis, estasis venoso, enfermedades renales y hepáticas), podían ser tratadas a través de los recursos sanitarios ya existentes. La reducción de las subvenciones destinadas al tratamiento de las drogodependencias durante los años setenta y ochenta se tradujo en los PMM en una disminución de las prestaciones médicas, precisamente en el momento en que aumentaban las necesidades de los UDVP.

La infección por VIH y el aumento de la incidencia de otras enfermedades infecciosas han modificado los aspectos médicos asociados al consumo de estupefacientes por vía intravenosa. Los pacientes están más enfermos, sobre todo en las regiones con elevada prevalencia de infección por VIH, y requieren intervenciones médicas y psicosociales más intensas. Numerosas secuelas ya conocidas de la toxicomanía intravenosa (tuberculosis, hepatitis B) se ven ahora agravadas por la infección por VIH.

Para hacer frente al problema del VIH en los UDVP, debe recurrirse a un doble enfoque basado tanto en estrategias de prevención como de

---

1. UDVP: usuario de drogas por vía parenteral.

intervención. La epidemia del sida es primero y ante todo un problema de salud pública. Los toxicómanos y sus parejas heterosexuales son los dos grupos en los que aumenta más rápidamente el riesgo frente al sida y, en consecuencia, la infección por VIH. Este hecho ha incitado al *U.S. Public Health Service* a concentrar su atención en los centros que tratan UDVP, y en especial los PMM, para que en ellos se pueda acceder directamente a servicios de información, consejo y detección de anticuerpos contra el VIH (*Public Health Service Guidelines*, 1987).

El consejo y la detección de anticuerpos contra el VIH en aquellos individuos de alto riesgo o ya infectados constituyen componentes importantes de la prevención. Las actividades de consejo y detección de anticuerpos contra el VIH están diseñadas de forma que ayuden a los individuos no infectados a iniciar cambios en su comportamiento que reduzcan los riesgos de infección, a ayudar a las personas infectadas a tomar las medidas pertinentes para evitar transmitir la infección a otras, así como a facilitarles el acceso precoz a los servicios médicos. Por estos motivos, el consejo y la detección de anticuerpos contra el VIH son componentes esenciales del tratamiento de la toxicomanía tanto en áreas de alta como de baja prevalencia del VIH.

El mantenimiento con metadona representa una excelente opción terapéutica para los UDVP crónicos tanto desde el punto de vista de la salud pública como del tratamiento de la toxicomanía (Cooper 1989). Numerosos estudios han demostrado la superioridad de la metadona en retener a los pacientes en tratamiento (en especial a los nuevos pacientes) y en reducir de manera significativa el consumo intravenoso de drogas, siempre y cuando se empleen las dosis suficientes y se ofrezcan los servicios de consejo complementarios (Garbutt & Goldstein 1972; Hargreaves 1983; Joe & Simpson 1975; Simpson, 1981). Ha quedado ampliamente demostrado que la duración del tratamiento era un factor predictor de sus resultados (Simpson, 1981; Stimmel *et al.* 1978). Por otra parte, otros estudios han mostrado que la prevalencia de la infección por VIH es mucho más baja entre los pacientes que han permanecido a largo plazo en mantenimiento con metadona y que iniciaron dicho tratamiento antes de la aparición de la infección entre la población local de toxicómanos (Hartel *et al.* 1988; Novick *et al.* 1986).

## EL VIH

### INTRODUCIENDO ACTIVIDADES DE CONSEJO Y DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIH EN LOS PMM

La primera etapa en la introducción de un programa de consejo y detección de anticuerpos contra el VIH es la formación. Todos los miembros del equipo deberían ser instruidos sobre la infección por VIH, conociendo tanto las estrategias de reducción de riesgos como la importancia e implicaciones de la educación sobre VIH y de la detección de anticuerpos contra el VIH (véase el anexo 1). Además, deberían introducirse directivas sobre el control de la infección, así como transmitir y aplicar la noción general de precauciones globales. En las zonas de elevada prevalencia de infección por el VIH, un coordinador sobre sida puede ser eficaz como experto y educador permanente, como enlace y educador comunitario y como recurso a disposición de los pacientes.

Asimismo, los pacientes deberían ser educados sobre la infección por el VIH, en particular sobre los modos de transmisión (haciendo hincapié tanto en la transmisión sexual como en la relacionada con el compartir jeringas), la valoración de los riesgos, las estrategias de prevención y de reducción de riesgos, y sobre la importancia de efectuar una detección del VIH, tanto desde la prevención como de la intervención. Estas informaciones deberían ser dadas durante el proceso de admisión y ser repetidas periódicamente por personal sanitario y educativo a lo largo del tratamiento.

Tanto el consejo como el análisis deberían ser asumidos por una persona cualificada y formada a este fin.<sup>2</sup> Los departamentos de salud pública de numerosos Estados, así como el *Center of Disease Control*, han elaborado modelos de formación en educación sobre el VIH y su detección.<sup>3</sup>

En aquellos programas cuyos pacientes son en su mayoría UDVP, la educación y la detección de anticuerpos contra el VIH deberían ser ofrecidos rutinariamente, tal y como recomienda el *U.S. Public Health Service* y los Departamentos de Sanidad de numerosos Estados (*Public Health Service Guidelines*, 1987). Se entiende por «ofrecido rutinariamente» proponer estos servicios a todos los pacientes tras informarles que el test será efectuado, ya sea *in situ*, ya sea por derivación a otro

---

2. En ciertos Estados de Estados Unidos se requiere un certificado para ello.

3. Para una más amplia información: CDC, Division of Sexually Transmitted Diseases, VIH Prevention, Training and Educational Branch, n.º 404, 639-1233.

centro. Tendría que incluirse una información obligatoria previa al análisis en todos los casos, mientras que el test VIH debería ser fuertemente recomendado y contemplado como un proceso clínico rutinario para todos los pacientes. Con la excepción de aquellas situaciones en que el test VIH es exigido legalmente, los pacientes tienen el derecho a rechazar la serología sin que ello tenga consecuencias sobre su tratamiento u otras intervenciones. También debería facilitarse el acceso a educación y detección de anticuerpos contra el VIH a las parejas sexuales y a aquellos con quienes los pacientes han compartido jeringas.

La mayoría de Estados exigen que aquellos pacientes que acepten educación y detección de anticuerpos contra el VIH firmen un consentimiento informado específico para el test. Este consentimiento debería describir la información que aporta y la que no aporta un test de anticuerpos VIH, el modo de comunicación de los resultados a nivel estatal y las directivas de confidencialidad vigentes en el centro y en el Estado (ver anexo 2).

La educación y el análisis deberían ser ofrecidos gratuitamente y en el mismo centro. Estos servicios pueden ser asumidos por un miembro del equipo o por el representante de una organización especializada en ello. Deberían ser confidenciales, pero evitando preferentemente el anonimato. El objetivo es que los pacientes comenten los resultados con aquellos con quienes han establecido una relación terapéutica.

Debería hacerse hincapié en que el conocimiento del *status* VIH por parte del equipo terapéutico puede ser un elemento importante en un tratamiento global de la toxicomanía. Los PMM deberían, por su parte, definir sus propios criterios sobre la «*necesidad de conocer*» en relación con el grado de confidencialidad requerido. Por ejemplo, en New Jersey, la División de prevención y control del sida del *State Department of Health* ha financiado ciertos programas de tratamiento de las toxicomanías para que se constituyan en espacios de educación y análisis en materia de VIH. El consentimiento informado firmado por los pacientes especifica los profesionales que pueden tener «*necesidad de conocer*» los resultados del test VIH en caso de situación de emergencia (véase anexo 3). Por otra parte, debería existir la posibilidad, en el caso de que ésta sea la elección del paciente, de que reciba una educación y pueda efectuar un test VIH en un espacio exterior.

Los programas deben ajustarse a las directivas de confidencialidad contenidas en los reglamentos de la *Federal Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records* (42 CFR Part 2). Estos reglamentos insisten

en la necesidad de instaurar relaciones de confianza entre pacientes y miembros del equipo. Si se espera que los pacientes acepten rutinariamente el test, es indispensable ofrecer una garantía de la confidencialidad relativa a aspectos educativos y de detección de anticuerpos contra el VIH. La participación de los pacientes en estas actividades se obtendrá más fácilmente si no creen que ello pueda tener repercusiones en aspectos como los tratamientos médicos, alojamiento, empleo y formación (*Public Health Service Guidelines*, 1987). Debe efectuarse una sesión informativa previa al test (véase anexo 4). Debería hacerse de modo que la persona se sienta confortable, que se le garantice una confidencialidad y una actitud exenta de juicio moral. Tras una evaluación de los conocimientos del paciente sobre la infección por VIH y de los riesgos de infección a los que se expone, la entrevista previa debería incluir los siguientes aspectos:

- los modos de transmisión vírica,
- las medidas de prevención,
- la serología VIH y el significado de los resultados negativos y positivos, incluyendo el «período ventana»,
- ventajas e inconvenientes del test (véase anexo 5),
- el resultado que el paciente supone que obtendrá.

Si el paciente acepta al test, el profesional debería evaluar los recursos de apoyo de que dispone y anticipar cómo acogerá un resultado negativo o positivo.

Debería hacerse lo posible por reducir al mínimo el período de espera del resultado y convocar de nuevo al paciente para comunicárselo. Ello debe ser efectuado personalmente y no por teléfono ni por correo. Si el paciente en tratamiento no acude a recibir el resultado, es importante intentar hablar con él y, como mínimo, explorar las razones que le conducen a ignorar el resultado, reiterar las informaciones sobre prevención, recalcar los beneficios de una intervención médica precoz y ofrecer apoyo.

Las entrevistas que siguen el test deberían hacerse igualmente garantizando la confidencialidad. Una vez han sido informados del resultado, los pacientes deberían poder asimilar la información y expresar sus sensaciones. Debe advertirse a aquellos cuyo resultado es negativo que, en el caso de que haya existido un comportamiento de riesgo reciente (en los últimos 3 a 6 meses), deberían someterse de nuevo al test 6 meses después de la exposición más reciente (véase anexo 6). Debería insistirse en los consejos de prevención.

Frente a un resultado positivo pueden aparecer diversas reacciones, como por ejemplo ansiedad, conmoción, tristeza, culpabilidad o negación; debería poder accederse a una entrevista con un profesional en salud mental en caso de necesidad (véase anexo 7). Debe especificarse que un resultado positivo indica una infección por VIH y no un sida. Debería también informarse a los pacientes sobre las medidas de prevención de una transmisión de la infección a terceros, incluyendo información sobre la transmisión vertical durante el embarazo. Debe efectuarse una evaluación médica que incluya exploración física, recuento de linfocitos T (CD4), detección de tuberculosis (TBC) y actualización de vacunas. Según los recursos médicos disponibles en cada región, puede orientarse el paciente hacia un médico privado, un programa de tratamiento precoz de la infección por VIH, una consulta médica hospitalaria o un centro de salud pública. Habría que insistir en las ventajas de una intervención médica precoz, como por ejemplo la nutrición, el AZT o la profilaxis de la neumonía por *Pneumocistis* y de la toxoplasmosis. Profesional y paciente deben comentar la importancia de informar a la(s) pareja(s) sexual(es) y a aquellas personas con quien han compartido material de inyección; los profesionales deben prestar ayuda en este proceso (véase anexos 7 y 8).

## COMUNICACIÓN DE INFORMACIONES SOBRE VIH Y SIDA

Puede ocurrir que, según la legislación local, se exija a los programas que comuniquen a las autoridades sanitarias el nombre de los individuos diagnosticados de sida o seropositivos. Estas informaciones deben ser transmitidas respetando los reglamentos federales relativos a la confidencialidad. Existen diferentes modos que permiten a los programas ajustarse a ambas exigencias.

En primer lugar, el programa puede obtener el consentimiento del paciente para la comunicación de tales informaciones. En segundo lugar, los programas integrados en un centro hospitalario o en un centro sanitario de mayor importancia pueden dar información sin que los pacientes sean identificados como toxicómanos o alcohólicos. En tercer lugar, el programa puede establecer un acuerdo (*Qualified Service Organization Agreement*) con un laboratorio o servicio sanitario que efectúe para él el test VIH u otros servicios de diagnóstico. En virtud de tal acuerdo, el programa indica al laboratorio el nombre de las personas cuyas informaciones pueden ser transmitidas, informaciones que a su vez el laboratorio comunica sin especificar el diagnóstico de alcoholismo o dependencia de drogas. Por último, en el caso de que la

legislación estatal tenga como único objetivo la recogida de informaciones epidemiológicas relacionadas con la incidencia del VIH y el sida, y siempre y cuando el Estado cumpla las exigencias legales en este tema, los programas pueden transmitir información bajo el régimen de excepción de la investigación.

## DETECCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Este capítulo se ha centrado en la importancia de que se ofrezca información sobre el VIH, y los medios para detectarlo, a todos los pacientes en PMM. Sin embargo, esta recomendación no debe hacer olvidar la importancia de la detección diagnóstica de otras enfermedades infecciosas que entre la población toxicómana presentan una prevalencia mayor que en la población general. La reglamentación de la FDA y del NIDA ya imponen la intradermoreacción a la tuberculina [21 CFR §291.505(d)(3)(i)], mientras que la *ADAMHA Reorganization Act* de 1992 (P.L. 102-321) prescribe que, para que los beneficiarios del *Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant* reciban sus subvenciones, deben proponer a sus pacientes consejos, detección y tratamiento de la TBC. Por su parte, la reglamentación federal exige igualmente una serología luética en todo paciente admitido en tratamiento [21 CFR §291.505(d)(3)(i)]. También está previsto revisar el tema de la detección de otras enfermedades infecciosas, como las hepatitis y otras enfermedades de transmisión sexual. Si bien la detección es importante y el concepto del *one stop shopping*<sup>4</sup> haría aconsejable que se ofreciera *in situ*, con frecuencia no es posible realizarlo en un PMM por razones logísticas o financieras. Cuando sólo es posible ofrecer unos servicios médicos o de salud pública mínimos, es fundamental establecer conexiones con los servicios médicos comunitarios para efectuar los análisis y el seguimiento necesarios.

## TUBERCULOSIS

En Estados Unidos, los casos de TBC van en aumento desde 1986 y existen evidencias que sugieren que, en gran medida, este fenómeno es debido a la reactivación de infecciones latentes en individuos también infectados por el VIH. Los toxicómanos por vía intravenosa constituyen un grupo de alto riesgo tanto para la tuberculosis como para la infección por VIH. Es importante efectuar la detección de ambas infecciones en los UDVP porque el tratamiento profiláctico de la TBC limita

---

4. Equivalente a un centro comercial en el que la oferta es amplia y variada. Concepto utilizado para subrayar el interés de que un mismo servicio ofrezca la máxima diversidad de prestaciones médico-psico-sociales a los pacientes toxicómanos. (N. del T.)



su progreso hacia una TBC activa, y porque puede ser tratada para prevenir la morbilidad y mortalidad que comporta, además de la transmisión aérea del bacilo tuberculoso.

Se debería administrar a los pacientes en PMM el test cutáneo con *Derivado de Proteínas Purificadas* (PPD) para la TBC tanto en la admisión como anualmente, sean conocidos o no como PPD positivos. Debe emplearse específicamente el test de Mantoux, que consiste en una inyección subcutánea de cinco unidades PPD de tuberculina. Se considera el test como positivo, en una persona conocida como VIH negativa, si la induración es igual o superior a 10 mm. En aquellos pacientes VIH positivos o considerados de alto riesgo para la infección por el VIH (como, por ejemplo, la mayoría de los pacientes en PMM), el PPD se estima positivo si la induración es igual o superior a los 5 mm.

Habría que efectuar una radiografía de tórax a todo paciente con un PPD positivo. El personal médico del programa debería facilitar la derivación de los pacientes a servicios especializados (por ejemplo, centro de tratamiento para la TBC, centro hospitalario local, médico de cabecera privado, etc.) y garantizar el seguimiento necesario. Si el paciente recibe un tratamiento profiláctico con isoniazida, el programa puede participar controlando la toma diaria del tratamiento.

Un PPD negativo significa que el paciente no ha sido expuesto o no tiene la infección, o bien que se encuentra en la fase de incubación de la infección, o que es incapaz de responder al test (p. ej., es anérgico). Los pacientes infectados por el VIH e inmunodeprimidos son con frecuencia anérgicos. Un test de anergia puede ser eficaz para distinguir los verdaderos PPD negativos de los falsos negativos. Las ventajas y los inconvenientes del test de anergia han sido revisados por el CDC<sup>5</sup> (CDC 1991).

Además del test cutáneo con PPD, es importante investigar la presencia de los siguientes síntomas de TBC activa: tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y fatiga. Como se ha indicado anteriormente, los programas subvencionados por el *Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant* deben facilitar el tratamiento a aquellos pacientes en los que la TBC activa ha sido identificada a través de síntomas y/o radiografía de tórax.

El PMM puede igualmente verse implicado en la vigilancia del cumplimiento del tratamiento, sea simple o combinado. El cumplimiento del tratamiento durante el tiempo recomendado es importante en la pre-

---

5. CDC: *Center of Disease Control*. (N. del T.)

vención de la TBC multirresistente, cuya incidencia va en aumento. Si se recurre a la rifampicina, suele ser necesario incrementar y/o fraccionar la dosis de metadona, debido a la aceleración de la eliminación provocada por la rifampicina sobre los fármacos de metabolismo hepático.

También debería efectuarse un test de detección de la TBC a los nuevos colaboradores de un PMM, así como a todos los miembros del equipo de forma periódica y a un ritmo adaptado a la prevalencia local de la TBC.

## HEPATITIS B

La infección por el virus de la hepatitis B (HB) es frecuente entre los UDVP. Entre un 60 y un 80 % de ellos presentan evidencias de una infección previa por el virus de la HB. El portador crónico de la HB, definido como aquella persona que presenta una serología positiva al antígeno de superficie (HB<sub>s</sub>Ag) durante más de 6 meses, es un importante vector en la transmisión de esta enfermedad. La vacuna contra la HB está disponible desde 1982, si bien la enfermedad ha seguido creciendo, principalmente a través del uso de drogas por vía parenteral. La detección de la HB es importante para identificar casos de infección aguda, portadores crónicos, casos de hepatitis crónica activa no tratados, así como aquellos que no se encuentran inmunizados frente a la HB y que, por lo tanto, pueden beneficiarse de la vacunación.

Todos los pacientes, en el momento de la admisión en un PMM, deberían ser objeto de una analítica que incluya tanto el HB<sub>c</sub>Ac como el HB<sub>s</sub>Ag. Si el antígeno es positivo, es importante profundizar en la exploración médica y proponer al paciente información sobre las medidas a tomar para evitar la transmisión a las parejas sexuales y a aquellos con los que comparta jeringas. La evaluación médica, incluyendo otras pruebas analíticas de la función hepática, puede ser efectuada en el mismo programa o por derivación a otro centro.

Si el HB<sub>c</sub>Ac y el HB<sub>s</sub>Ag son negativos, el paciente deberá ser advertido de su vulnerabilidad a la infección por el virus de la HB y de la utilidad de la vacuna. Debe ofrecérsele la vacunación. Las decisiones sobre dónde debe ser efectuada y por qué vía de financiación, dependen de las condiciones locales.

De conformidad con las normas de la OSHA relativas a los agentes patógenos por vía hemática (29 CFR §1910.1200), todo el personal de un PMM considerado de riesgo de exposición al virus de la HB debería ser vacunado.

## HEPATITIS A, C Y D

A pesar de que las hepatitis A, C y D están asociadas con el consumo de drogas por vía intravenosa, por el momento no se recomienda su detección de forma rutinaria.<sup>6</sup>

La aparición del *crack*, la cocaína y la infección por VIH ha comportado un incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En general, toda enfermedad infecciosa puede potencialmente presentarse de forma más florida y/o prolongada en un paciente inmunodeprimido. Por este motivo, para un tratamiento adecuado es crucial su identificación precoz y tratamiento agresivo.

## SÍFILIS

Debería efectuarse un test de serología luética como el RPR o el VDRL a todos los pacientes al ser admitidos en el programa. Dado que los falsos positivos para estas pruebas son frecuentes entre UDVP, todo resultado positivo debería ser confirmado por detección de antígenos treponémicos mediante pruebas como la del *Test de Absorción de Anticuerpos Antitreponémicos por Fluorescencia*. Debería tratarse a todos aquellos en los que se confirme la serología positiva. El tratamiento puede ser efectuado por el propio programa, o bien ser derivado a la clínica local de ETS, al hospital o al médico de cabecera.

## GONORREA E INFECCIÓN POR CLAMÍDEAS

En teoría, y en particular en aquellos pacientes que presentan antecedentes de ETS, debería efectuarse a la admisión en PMM un análisis para la gonorrea y detectar la infección por Clamídeas. Ésta última, que se presenta con frecuencia asociada a la gonorrea, es actualmente la ETS, más frecuente en los Estados Unidos. Ambas analíticas exigen un frotis, intrauretral para el hombre e intrauterino para la mujer; obviamente, también debe hacerse una exploración ginecológica en las mujeres.

## HERPES Y CONDILOMAS ACUMINADOS

También deben ser investigados los herpes y condilomas acuminados, infecciones víricas que se manifiestan con más severidad en personas inmunodeprimidas y, en consecuencia, en los pacientes VIH positivos.

---

6. Conviene subrayar que en lo que a hepatitis C se refiere, la situación ha cambiado mucho en los años transcurridos entre la elaboración de este manual y su traducción al castellano. (N. del T.)

## PROBLEMAS GENERALES

Como se ha comentado previamente con relación a las informaciones relativas al VIH, los programas deben satisfacer las exigencias de confidencialidad (42 CFR *Part* 2). Los equipos terapéuticos deberían desarrollar sus propios protocolos y estrategias de acuerdo con las leyes Estatales y Federales.

Cuando practican la detección de la mayoría de las enfermedades mencionadas, los programas deben ofrecer a los pacientes —directamente o por derivación a servicios especializados— educación y consejo, así como investigar los contactos del paciente e informar a los más próximos a él.

## RECOMENDACIONES

- Formar a los miembros del equipo sobre infección por VIH, incluyendo las recomendaciones para la reducción de riesgos, la importancia e implicaciones de los consejos sobre VIH y su detección, así como protocolos de seguimiento.
- A la admisión en PMM, dar a todos los pacientes una educación sobre el VIH, incluyendo información sobre los modos de transmisión, evaluación de los riesgos a los que se exponen, métodos de prevención y de reducción de riesgos.
- Ofrecer de modo rutinario consejos y tests VIH (bien en el propio centro, bien por derivación), a todos los pacientes en PMM y a aquellos con quienes mantengan relaciones sexuales o compartan jeringas.
- Obtener el consentimiento informado del paciente antes de proceder a la educación y detección del VIH. Respetar estrictamente las directivas federales de confidencialidad.
- Formar al personal encargado de la educación y la detección de la infección por VIH en asesoramiento pretest y postest.
- Tener personal especializado en salud mental rápidamente disponible para hacerse cargo de los pacientes que presentan un riesgo potencial de reaccionar negativamente a los resultados del test VIH.
- Asegurarse de que, como mínimo, un miembro del equipo esté familiarizado con los servicios médicos y de salud pública que ofrecen en el sector geográfico de cada paciente asesoramiento sobre VIH, intervención rápida y tratamiento, y que sea capaz de derivar a los pacientes rápidamente.

- Animar a los pacientes que son seropositivos a comunicarlo a aquellos con los que comparten jeringas y a sus parejas sexuales. En ciertos Estados, ello puede ser una exigencia legal.
- Ofrecer educación sobre TBC, diagnóstico y tratamiento.
- Efectuar una detección de la TBC en los nuevos miembros del PMM, así como en todo el equipo anualmente.
- Ofrecer la detección de las hepatitis víricas y de las ETS, y asegurarse de que se mantenga el seguimiento médico necesario, ya sea en el mismo programa o en otro centro médico de la comunidad.
- Ofrecer la vacuna de la HB a todo miembro del equipo expuesto a un contagio de la HB.

## BIBLIOGRAFÍA

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Sexually transmitted diseases: Treatment guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 38 (September 1):S-8, 1989.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Purified protein derivative – Tuberculin anergy and HIV infection: Guidelines for anergy testing and management of anergic persons at risk of tuberculosis. *Mortality and Morbidity Weekly Report* 40 (April 26):RR-5, 1991. pp. 27-33.

COOPER, J.R. Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of the American Medical Association* 262: 1664-1668, 1989.

GARBUTT, G.D., and GOLDSTEIN, A. Blind comparison of three methadone maintenance dosages in 180 patients. In: *Proceedings of the Fourth National Conference on Methadone Treatment*. New York, NY: National Association for Prevention of Addiction to Narcotics, 1972.

HARGREAVES, W.A. Methadone dose and duration for maintenance treatment. In: Cooper, J.R.; Altman, F.; Brown, B.S. and Czechowicz, D., eds. *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1983.

HARTEL, D.; SELWYN, P.A.; SCHOENBAUM, E.E.; KLEIN, R.S. and FRIEDLAND, G.H. Methadone maintenance treatment and reduced risk of AIDS and AIDS-specific mortality in intravenous drug users. Paper presented at the Fourth International Conference on AIDS, June 1988, Stockholm, Sweden.

JOE, G.W. and SIMPSON, D.D. Retention in treatment of drug abusers: 1971–1972 DARP admission. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2: 63-71, 1975.

NOVICK, D.M.; KHAN, I. and KREEK, M.J. Acquired immunodeficiency syndrome and infection with hepatitis viruses in individuals abusing drugs by injection. *Bulletin of Narcotics* 38: 15-25, 1986.

PUBLIC HEALTH SERVICE GUIDELINES FOR COUNSELING AND ANTI-BODY TESTING TO PREVENT HIV INFECTION AND AIDS. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 36(August 14): 509-514, 1987.

SIMPSON, D.D. The relation of time spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome. *American Journal of Psychiatry* 136: 1449-1453, 1979.

SIMPSON, D.D. Treatment for drug abuse: Follow up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry* 38: 875-880, 1981.

SIMPSON, D.D.; SAVAGE, L.V. and LLOYD, M.R. Follow up evaluation of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry* 36: 772-780, 1979.

STIMMEL, B.; GOLDBERG, J.; COHEN, M. and ROTKOPF, E. Detoxification from methadone maintenance: Risk factors associated with relapse to narcotic use. *Annals of the New York Academy of Sciences* 311: 173-180, 1978.

## ANEXO 1

### ESTRATEGIAS Y PROCESO EN LA EDUCACIÓN SOBRE EL VIH, SU DETECCIÓN Y LA DERIVACIÓN EN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN

#### I. ANTECEDENTES

Poco podía hacerse hasta época reciente para prevenir el progreso o la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El resultado solía ser fatal, la mayoría de las veces a través de infecciones oportunistas. Esta situación ha cambiado radicalmente. En la actualidad, una intervención precoz puede aportar beneficios significativos. Algunas de las infecciones que en el pasado conducían a la muerte pueden ser retrasadas, cuando no prevenidas. La quimioterapia antiviral dirigida contra el VIH puede posponer el progreso de la inmunodeficiencia y de las complicaciones neurológicas.

En la época en que poco podía hacerse para adelantarse a los estragos de la infección por VIH, eran numerosos los que argumentaban sobre los escasos beneficios de efectuar análisis serológicos para identificar portadores asintomáticos de la infección. En la actualidad, sabiendo que una intervención precoz puede aportar importantes beneficios, tiene que realizarse un gran esfuerzo en la identificación de personas infectadas y en animarlas a integrar un programa terapéutico eficaz (*Identification and Management of Asymptomatic HIV-Infected Persons in New Jersey Academy of Medicine and the New Jersey State Department of Health*).

#### II. ESTRATEGIAS

Toda persona que haya sido potencialmente expuesta al VIH entre 1976 y la actualidad debería ser animada de modo convincente a efectuar un test. En este grupo se incluye:

1. Los hombres que han mantenido relaciones sexuales orales y anales, pasivas o activas, con otros hombres.
2. Las personas que han compartido agujas u otros materiales relacionados con la inyección de drogas (jeringas y resto de la parafernalia) susceptibles de haberse contaminado con sangre.
3. Las personas que han mantenido relaciones sexuales (vaginales, orales o anales) con individuos de los que se conoce o se sospecha la existencia de infección por el VIH.
4. Las personas que han mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas.

5. Las personas que han mantenido, o podrían haber mantenido, relaciones sexuales con algún individuo de alguna de las categorías anteriores.

6. Las personas a las que se administró sangre o productos sanguíneos (excluyendo la globulina de suero inmune y la albúmina) entre 1978 y mediados de 1985, en particular aquellos que recibieron varias unidades de sangre o sus derivados, o productos que contuvieran sangre procedente de diferentes donantes.

Dado que diversas enfermedades se encuentran fuertemente asociadas con la infección por el VIH, el diagnóstico de alguna de las enfermedades siguientes también implica una indicación para efectuar el test del VIH:

1. Tuberculosis.
2. Toda enfermedad de transmisión sexual adquirida entre 1975 y la actualidad.
3. Hepatitis B o hepatitis no A no B.
4. Toda enfermedad compatible con el sida o con el presida.

Los datos epidemiológicos aconsejan el test en personas que se encuentren en las situaciones siguientes:

1. Toda mujer embarazada, dado el riesgo demostrado de transmisión materno-fetal. Dado que la detección de la infección puede conducir al recurso a métodos contraceptivos, también las mujeres en edad de procrear que tengan previsto quedar embarazadas serían candidatas al test.
2. Todo donante de sangre, órganos o esperma, poniendo el test como condición de la donación.

También debería aconsejarse el test en caso de que exista alguna duda sobre la pertenencia de un individuo a alguna de las mencionadas categorías. Además, debería hacerse el test a toda persona preocupada por una posible exposición al VIH o por la posibilidad de estar infectada por el VIH (*Identification and Management of Asymptomatic HIV-Infected Persons in New Jersey Academy of Medicine and the New Jersey State Department of Health*).

Es evidente que una elevada proporción de los pacientes atendidos en programas de tratamiento de la adicción entran en una o varias de las categorías mencionadas. Por este motivo, el Departamento de Salud de *New Jersey* está solicitando que todos los programas de tratamiento financiados por el Estado participen activamente en la promoción de la información sobre el VIH, su detección en los pacientes de riesgo y en la derivación ulterior de aquellos en los que se encuentre una serología positiva para un seguimiento y tratamiento adecuados. La derivación debería hacerse, según orden de preferencia, a médicos privados, a las clínicas locales y, por último, a un centro de intervención precoz, si corresponde al paciente por su zona de residencia.



### III. ESTRATEGIAS A SEGUIR EN EL CONSEJO Y DETECCIÓN DEL VIH

La División de sida del Estado de *New Jersey* ha puesto a disposición de todos los programas de tratamiento de la adicción medios de información y detección del VIH según tres fórmulas:

- A través de un contrato directo con el programa, con una remuneración de los profesionales que asumen los aspectos educativos y de detección.
- Mediante una oferta de educación, consejo y detección del VIH en el mismo programa, efectuado por personal del *Counseling and Testing Sites* (CTS).
- Efectuando el análisis por derivación al CTS.

Todos los miembros del personal del *Counseling and Testing Sites* (CTS) deben efectuar y superar con éxito el curso de entrenamiento de la División de sida, así como el Programa de Entrenamiento en Educación de cinco días. Todo paciente admitido en tratamiento para la adicción debe recibir educación sobre el sida y los consejos *pretest* como parte integrante del programa de tratamiento. Aquellos que presenten un riesgo deben ser animados a aceptar, como parte integrante del proceso de admisión, el test efectuado según una de las vías mencionadas. Debe aconsejarse el test a todo paciente, independientemente de que tenga o no antecedentes de consumo por vía intravenoso. En todo caso, debe obtenerse un consentimiento por escrito. No se les puede exigir pasar el test, como no puede incluirse a éste como un requisito necesario para la admisión en tratamiento. Se ha desarrollado un formulario de consentimiento informado para el test en programas de tratamiento para el alcohol y otras drogas en el que se especifica que los resultados del test VIH sólo estarán disponibles para el personal que «necesite» disponer de esta información. Por ello se entiende el «personal médico y de enfermería, el *Treatment Assessment Program* (TAP) de enlace que haya sido designado, el coordinador del sida y el personal encargado de la educación y el test». El formulario debe ser firmado por todo paciente al que se efectúe el test en el propio DTC (*Drug Treatment Center*: centro de tratamiento para la adicción). En caso de situación urgente, el director médico puede determinar quien «necesita saber». Aquellos pacientes que no acepten estas condiciones son orientados hacia el CTS. En los centros de detección del VIH se anima a todo paciente del que se conoce su condición de cliente de un DTC a que firme una autorización para que la información pueda ser comunicada a su DTC; sin embargo, ello no constituye una obligación. Las informaciones relacionadas con el VIH obtenidas por el CTS sólo podrán ser comunicadas a los profesionales que «necesitan saber». En los programas que no tengan en su equipo ninguna de las personas especificadas anteriormente, se considera al director del programa como la única persona que «necesita saber».

Todos los pacientes en los que se detecte una infección por VIH serán informados por el profesional que interprete los resultados del test del TAP o recurso similar más próximo para evaluación y profilaxis (si ello está indicado). Esta persona también derivará a todo paciente infectado por el VIH al *Notification Assistance Program* (NAP) de la División de sida para que puedan notificarse los contactos sexuales o de compartir jeringas. Los programas que dispongan de un coordinador sida y/o una persona de enlace del TAP asumirán la coordinación de las derivaciones y conservarán los registros apropiados. *Como siempre*, toda información transmitida a personas no incluidas entre las que «necesitan saber», sea en el interior del DTC o en el exterior, deberá ser acompañada por un formulario estándar de autorización para los programas de abuso de sustancias.

Durante los 60 días que siguen a la admisión, *todo* paciente que siga en tratamiento deberá haber sido contactado por un miembro del equipo perteneciente a los que *necesitan saber* para que éste lo anime a someterse al test, si ello no ha sido hecho a la admisión, para recibir los resultados, y para asegurarse de que el asesoramiento y la profilaxis hayan sido propuestos. (Únicamente los miembros del personal con el certificado del curso de entrenamiento de la División de SIDA están habilitados para comunicar el resultado de los tests, con excepción de los médicos). Esta entrevista debe ser registrada en la historia clínica.

#### IV. HISTORIA CLÍNICA

Debe abrirse una historia clínica específica para el VIH y separada para todo paciente al que se haya efectuado el test en el propio centro o cuyos resultados hayan sido recibidos del exterior. Esta historia clínica debe ser guardada bajo llave y en una zona accesible sólo a los profesionales mencionados en la lista de los que «necesitan saber». Debe contener los resultados del test VIH y otros documentos relacionados, independientemente de que el resultado sea positivo o negativo. En el caso de que el paciente no haya acudido para el asesoramiento postest y los resultados, ello debe ser registrado para que así pueda ser recuperado con ocasión del contacto a los 60 días. *Todo* documento relacionado con el VIH debe conservarse en esta historia clínica aparte y no puede ser dejado en despachos, etc.

#### V. CONCLUSIONES

El personal incluido en la categoría de los que «necesitan saber» asume la responsabilidad de ser consciente del impacto social del test VIH y del seguimiento, de permanecer sensible a las necesidades de los clientes y sus estados emotivos, y de efectuar la derivación al personal de salud mental, cuando ello es pertinente. Las autorizaciones para comunicar informa-

ciones deben ser acordes con las directivas Estatales y Federales y especificar que se aplican a informaciones relacionadas con el VIH. Una autorización general para el acceso a la historia clínica, por ejemplo, no sería suficiente.

Por supuesto, debe animarse a los pacientes a que comenten su situación respecto al VIH con su educador de referencia y/o durante las sesiones de terapia grupal o individual, y así lo harán en general si se sienten cómodos para hacerlo. *Ello no les puede ser exigido*. Tales confidencias del paciente sólo pueden ser comentadas con miembros del equipo incluidos en la lista de los que *«necesitan saber»*. El resultado de la serología VIH no debería figurar en un documento de tipo social.

## ANEXO 2

### EJEMPLO DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TEST DEL VIH

La mayoría de los expertos han reconocido que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se encuentra estrechamente asociado con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida).

Actualmente se dispone de pruebas de laboratorio para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH en la sangre. Los anticuerpos son sustancias producidas por el organismo para luchar contra la infección. Tras la entrada del virus en el organismo, la producción de anticuerpos requiere un tiempo. Una persona puede ser infectada por el virus, pero se necesitará más tiempo para que el organismo genere anticuerpos. Por este motivo, el resultado del test de anticuerpos puede indicar que una persona es «negativa» (no tiene los anticuerpos), cuando en realidad la persona puede ser portadora del virus en su organismo o en sus fluidos orgánicos.

Un resultado positivo para los anticuerpos VIH indica la presencia de anticuerpos producidos por el organismo como consecuencia de una invasión por el virus de la inmunodeficiencia humana. La infección por el VIH es una enfermedad crónica y progresiva. Sin embargo, un test positivo para los anticuerpos no supone ni que la persona tenga necesariamente el sida ni que necesariamente vaya a tenerlo.

Si sus resultados del test de anticuerpos VIH son conocidos, y son positivos, su médico puede prescribirle medicaciones que pueden prevenir o retrasar la aparición de síntomas de enfermedad progresiva por VIH. El test también puede ayudar a su médico a elegir la estrategia más adecuada para tratarle con vacunas y contra otras enfermedades y riesgos como es el de la tuberculosis. El hecho de conocer los riesgos de infectarse por el virus o de transmitirlo a otra persona puede ayudarle a tomar decisiones personales.

Si su test sanguíneo es positivo y el resultado es conocido por otras personas, éstas pueden suponer que usted tiene el sida. Ello puede no ser verdad, pero usted puede ser discriminado por amigos, familiares, su jefe en la empresa, el propietario de su vivienda, compañías de seguros u otros. Por este motivo, usted debe tener mucha precaución antes de revelar los resultados de su test. La *New York State Division of Human Rights*, así como la *New York City Commission on Human Rights* investigarán y denunciarán los casos de discriminación ilegal contra personas infectadas por el VIH.

El Estado de *New York* dispone de leyes y reglamentos destinados a proteger la confidencialidad de las historias clínicas y de los resultados de las

pruebas de laboratorio. A pesar de ello, y tal como ocurre con toda información delicada, existe un riesgo potencial de que esta información sea revelada o transmitida a terceras personas. En el caso de que ello ocurriera, tome contacto con el Departamento de Sanidad a fin de ser asesorado. He leído (o me han leído) la descripción que precede sobre el test de los anticuerpos contra el VIH y entiendo las limitaciones y posibles consecuencias del test. También he sido informado sobre el proceso de la extracción de sangre y los eventuales riesgos que pueda conllevar.

Acepto se me efectúe el test VIH

.....

Firma del paciente o su representante legal

Fecha: .....

*Formulario de consentimiento recomendado por la New York State Department of Health, modificado por la American Society of Addiction Medicine (1991). Puede obtenerse una traducción al español en el Departamento de Sanidad. Este formulario es ofrecido como ejemplo y puede no ser apropiado en todas las situaciones.*

*Reproducido a partir del American Society of Addiction Medicine's Guidelines for Facilities Treating Chemically Dependent Patients at Risk for AIDS or Infected by HIV. pp. 23-24, revisión de abril 1991.*

## ANEXO 3

### DETERMINACIÓN DE LOS ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

#### CENTROS DE TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA Y EL ALCOHOLISMO: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El análisis propuesto no es un test del sida. Se trata de un test para los anticuerpos contra el virus llamado VIH. Un miembro del equipo me ha entregado y leído una copia de las explicaciones relativas a este test. Me ha explicado lo que significa un resultado positivo o negativo. En mi próxima visita, un miembro del equipo me explicará los resultados de mi test.

Comprendo que el conocimiento del resultado de mi test VIH es importante para mi salud. Entiendo que el proceso se hará en esta clínica de un modo confidencial. El significado de un test confidencial es que firmaré con mi nombre e indicaré mi dirección y número de teléfono en este formulario. Esta es la misma información básica que proporcionaría, si el test fuera efectuado en cualquier clínica, hospital o consulta médica privada. Este es el mejor medio para mí de entrar en tratamiento y de informarme sobre otros servicios disponibles. Es igualmente un medio que permitirá contactarme, si no pudiera acudir para recibir los resultados de mi test.

Se me atribuirá un número de código. Este número figurará en mi formulario de consentimiento, en la ficha del laboratorio y en el tubo de la muestra de sangre. La ficha de laboratorio y el tubo serán remitidos al Departamento Estatal de Salud, donde será efectuado el test. En ellos figurará mi número de código, pero no mi nombre.

Todos los registros son almacenados bajo llave, y sólo mis terapeutas en esta clínica de drogas/alcohol (médico, personal de enfermería, persona de contacto del *Treatment Assessment Program (TAP)*, coordinador de sida y personal encargado del consejo y detección del VIH) podrán acceder a esta información. En una situación de emergencia, el director del centro determinaría quién necesita acceder a la información.

Esta información es confidencial y no puede ser divulgada a aquellos que no estén implicados en mi tratamiento, salvo autorización escrita por mi parte o decisión de la justicia.

Mis resultados y otras informaciones que se refieran a mí sólo podrán ser transmitidos a otros centros, si he firmado una autorización para ello. He leído, o me han leído, este formulario. Todas mis preguntas han sido respondidas.

..... (Firma del testigo)	..... (Firma del paciente)
..... (n° de código)	..... (Dirección)
..... (Fecha)	..... (Ciudad y Estado)
..... (Nombre de la clínica)	..... (n° de teléfono)

## ANEXO 4

### GUÍA PARA LA INFORMACIÓN PREVIA AL TEST

#### I. INTRODUCCIÓN

- Preséntese usted mismo.
- Describa los objetivos de la entrevista.
- Asegúrese de que el cliente se sienta a gusto con relación a la entrevista y comente cualquier preocupación relacionada con ello.
- Explique que todo lo que sea hablado en la entrevista permanecerá en la más estricta confidencialidad y que su posición será neutra y sin ningún juicio moral.

#### II. EVALUACIÓN DEL RIESGO

- Explique la finalidad de la historia clínica
- Complimente el cuestionario de la historia clínica

#### III. EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL CLIENTE SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

- Permita al paciente explicar sus conocimientos sobre los diferentes estadios de la infección por VIH (p. ej., asintomático, ARC, sida).
- Clarifique cualquier punto de confusión que pudiera aparecer.
- Explique los modos de transmisión y los de no transmisión.
- Comente las medidas de prevención y los obstáculos que puedan dificultar su aplicación.
- Registre los riesgos de infección del cliente.

#### IV. EXPLICACIÓN DEL TEST DE LOS ANTICUERPOS CONTRA EL VIH

- Explique que no se trata de un test para detectar el sida, sino más bien los anticuerpos contra el virus que puede causar el sida.
- Comente el significado de un resultado negativo.
- Comente el sentido de un resultado positivo.
- Explique el significado de «*Elisa*» y «*Western blot*».
- Comente y defina el período de incubación; aclare la distinción entre aparición de síntomas y aparición de anticuerpos.
- Comente la confidencialidad de la historia clínica.

#### V. EL TEST

- Ayude al cliente a tomar una decisión sobre el test.
- Obtenga la firma de un consentimiento informado.
- Tantee las posibles reacciones del cliente a los resultados del test.
- Evalúe el apoyo del entorno del cliente.

- Comente de qué manera el cliente se enfrentará a una espera de tres semanas.
- Pida al cliente que establezca un plan de acción para la prevención y reducción de riesgos.
- Resuma lo dicho, entregue folletos informativos, y deje la puerta abierta al cliente para acudir de nuevo en el futuro para más información o un nuevo test.
- Prepare la toma de la muestra sanguínea rellenando la ficha del laboratorio.
- Entregue al cliente una tarjeta en la que indique la fecha de su cita para recibir los resultados.
- Informe al cliente de que es necesaria una nueva entrevista para obtener los resultados del test.



## ANEXO 5

### TEST VIH: UNA DECISIÓN INDIVIDUAL

Efectuar el test de los anticuerpos contra el VIH comporta riesgos y beneficios. Requiere una decisión cuidadosamente reflexionada. A continuación se detallan algunas ventajas e inconvenientes del test, según una relación efectuada por la *American Society of Addiction Medicine s AIDS and Chemical Dependency Committee*.

#### VENTAJAS

##### 1. MÉDICAS: guiar las actuaciones médicas

- **IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA.** El test VIH tiene una importancia diagnóstica en el diagnóstico diferencial de enfermedades poco frecuentes en un paciente de riesgo.

- **TRATAMIENTO.** El abordaje de las infecciones varía cuando se trata de un paciente VIH positivo. La TBC, la neumonía, la hepatitis B y delta, la endocarditis bacteriana, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo del cáncer ginecológico son enfermedades que pueden requerir una observación más minuciosa y un tratamiento más agresivo en un paciente VIH positivo.

- **INTERVENCIÓN**

- Una evaluación rigurosa y una intervención precoz pueden prevenir o mejorar el pronóstico de numerosos trastornos relacionados con el VIH.

- Existen tratamientos que pueden prevenir o retardar el desarrollo progresivo de la enfermedad en individuos seropositivos.

- El conocimiento de la situación respecto del VIH puede permitir el acceso a protocolos de investigación.

- Las terapias inmunosupresivas indicadas en ciertas enfermedades pueden estar contraindicadas en pacientes VIH positivos.

- **PREVENCIÓN**

- El conocimiento del propio *status* VIH permite decisiones sanitarias más fundadas con relación al embarazo.

- Si apareciera una vacuna, ésta sería ofrecida a personas no infectadas para prevenir su infección.

##### 2. PSICOLÓGICAS

- Un resultado negativo frente al VIH puede comportar una disminución de la ansiedad.

- Un resultado positivo puede conducir a cambios para darle más sentido al resto de su vida.

#### INCONVENIENTES

##### 1. ADICCIÓN

- El conocimiento de un resultado positivo puede tener como consecuencia una recaída o el abandono del tratamiento.

##### 2. SOCIAL

- Es posible el ostracismo por parte de la familia, los amigos y la sociedad. A las personas VIH positivas les falta el apoyo del entorno cuando más necesidad tienen de él. Las carencias en confidencialidad y en estrategias antidiscriminatorias intensifican este riesgo.

##### 3. PSICOLÓGICAS

- Existe un riesgo potencial de depresión, *estrés*, ansiedad y suicidio.

- Las reacciones a los resultados pueden ser muy variables, incluso peligrosas. Un resultado positivo puede conducir a pesimismo, desesperación y comportamientos autodestructivos, incluyendo abuso de alcohol o drogas, o prácticas sexuales no protegidas.

##### 4. ECONOMÍA

- El riesgo de perder el empleo y los derechos a seguros de vida y enfermedad es elevado. Una vez más, este riesgo se verá agravado por las carencias en confidencialidad y en estrategias antidiscriminatorias.

##### 5. SALUD PÚBLICA

- Un resultado negativo puede disminuir la motivación en cambiar comportamientos de riesgo. Un test positivo puede conducir a un espíritu rencoroso o a comportamientos vengativos que conduzcan a nuevas contaminaciones.

## ANEXO 6

### GUÍA PARA LA INFORMACIÓN POSTEST RESULTADO NEGATIVO

#### I. INTRODUCCIÓN

- Revise la historia clínica del cliente antes de iniciar la sesión.
- Preséntese, o vuelva a hacerlo si ya lo hizo.
- Explique los objetivos de la entrevista.
- Ofrezca garantías de confidencialidad con relación a la misma.
- Solicite la tarjeta de la cita para confirmar la identificación.
- Compruebe que la tarjeta coincide con la ficha del laboratorio.

#### II. COMUNIQUE EL RESULTADO

- Comunique el resultado.
- Permita que el paciente reaccione.
- Comente las preocupaciones del paciente.
- Explique el resultado negativo.
- Comenten los riesgos recientes, la eventualidad de un falso negativo y la oportunidad de un test de comprobación.

#### III. REDUCCIÓN DE RIESGOS

- Establezcan un plan para la reducción de riesgos en el futuro.
- Comente los comportamientos de reducción de riesgos:
  - abstinencia,
  - prácticas sexuales seguras,
  - precauciones en cuanto a compartir jeringas,
  - programas terapéuticos,
  - importancia de evitar la donación de sangre, plasma, órganos, tejidos y espermatozoides.
- Entregue folletos informativos de consejo post-test y deje la puerta abierta al cliente para acudir de nuevo en el futuro para más información o un nuevo test. Complete el formulario de observación clínica.

## ANEXO 7

### GUÍA PARA LA INFORMACIÓN POSTEST RESULTADO POSITIVO

#### I. INTRODUCCIÓN

- Revise la historia clínica.
- Preséntese, o vuelva a hacerlo si ya lo hizo.
- Solicite la tarjeta de la cita para confirmar la identificación.
- Compruebe que la tarjeta coincide con la ficha del laboratorio.
- Explique los objetivos de la entrevista.
- Ofrezca garantías de confidencialidad con relación a la misma.

#### II. COMUNIQUE EL RESULTADO

- Comunique al cliente que el resultado de su test es positivo.
- \* *Pregunte al cliente lo que piensa que un resultado positivo significa.*
- Explique el significado exacto del resultado y sus implicaciones.
- \* *Pregunte al cliente lo que sabe sobre el virus.*
- Explique cómo el virus puede afectar o no al sistema inmunológico.
- Explique cuáles son los fluidos corporales que pueden transmitir el virus y cuales no.
- \* *Pregunte al cliente lo que siente ahora que conoce el resultado.*
- Introduzca la noción de que tanto una ayuda médica como la asistencia psicosocial están a disposición y de que comentarán ambas opciones al final de la entrevista.

#### III. SALUD Y PREVENCIÓN

- Explique las directivas de prevención.
- \* *Pregunte al cliente cuáles entre sus comportamientos son susceptibles de transmitir el virus.*
- \* *Pregunte al cliente qué hará para evitar la transmisión del virus, así como qué obstáculos le dificultan un cambio en sus comportamientos.*
- Reitere las estrategias de prevención específicas para el cliente.
- Explique la importancia de mantener un buen estado de salud.
- \* *Pregunte al cliente lo que puede hacer para mantener un buen estado de salud.*

#### IV. REVELACIÓN DEL RESULTADO A LA PAREJA SEXUAL Y A LOS RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN SANITARIA

- Explique al cliente que la pareja sexual y los responsables de la atención sanitaria deben ser informados.
- \* *Pregunte al cliente cómo cree que su pareja reaccionará, ofrezca asistencia.*

- Explique la posibilidad del *Notification Assistance Program* (reintroduzca el concepto al final de la entrevista).

## V. EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN

- \* *Pregunte al cliente a quién suele dirigirse en caso de momentos difíciles; está esta persona disponible inmediatamente?*
- \* *Pregunte al cliente qué es lo que prevé hacer durante el resto del día y durante los días siguientes.*
- \* *Pregunte al cliente lo que está sintiendo.*
- \* *Pregunte al cliente si está pensando en hacerse daño.*
- Proponga todas las direcciones útiles, tanto oralmente como por escrito: servicio de salud mental, servicio de intervención de crisis, grupos de autoayuda y servicio médico (clínica de enfermedades infecciosas).
- Sugiera al cliente que se dedique en las próximas horas o días a contactar los servicios de referencia.

## VI. CONCLUSIONES

- \* *Pregunte al cliente si tiene alguna pregunta.*
- Hágale repetir los cambios que va a efectuar en función de las directivas de prevención.
- Comente de nuevo los problemas de revelación a terceras personas y la posibilidad del *Notification Assistance Program*.
- Reúna información sobre los contactos (*Partner Referral Form*)
- Entregue folletos informativos
- Deje la puerta abierta al cliente para acudir de nuevo con nuevos problemas o preguntas.

## ANEXO 8

### RECORDATORIO PARA LA ENTREVISTA Y CONSEJOS DESPUÉS DEL TEST

1. Revise la historia clínica antes de la entrevista y no convoque nunca un cliente cuyo resultado es positivo en viernes o en víspera de festivo.
2. Garantice una confidencialidad absoluta. No efectúe nunca la entrevista en presencia de terceras personas. Familiares o amigos podrían ser llamados después que la entrevista individual haya finalizado y sólo a petición del cliente. Los consejeros en formación sólo pueden participar con la autorización del cliente.
3. Asegúrese de que se está dirigiendo a la persona que corresponde. Todo documento destinado al cliente debe corresponderse por nombre y/o número de código con el de la historia clínica.
4. Preséntese y explique su función. No efectúe la entrevista postest con una persona intoxicada o drogada. Explique al cliente con una actitud desprovista de todo juicio moral la importancia de la información que le ha de dar y convóquelo para un momento en que pueda volver sin estar intoxicado o drogado.
5. Comunique el resultado asegurándose de que haya una buena comprensión de su significación. He aquí algún ejemplo: 1) *Nos ha llegado el resultado de su test y es positivo. ¿Entiende usted lo que este resultado significa? Deje que el cliente conteste y luego explique la significación del resultado.* 2) *¿Era éste el resultado que usted esperaba?* 3) *¿Sabe usted de qué manera ha podido estar expuesto al virus?* Después de dejar al cliente responder a cada pregunta concreta, aproveche la oportunidad para preguntarle cómo se siente y reconozca explícitamente estos sentimientos.  
*Nota:* Si el resultado del test requiere confirmación, explique que debe ser repetido. Reitere una entrevista de pretest, obtenga la firma de un consentimiento informado y complete el formulario de laboratorio para repetir el test.
6. Un resultado positivo desencadena un temor intenso y comprensible de una muerte prematura. Estados de conmoción y sentimientos de pérdida de control se manifiestan de modos diferentes según el cliente: llanto y tristeza, cólera, negación, desesperación, o incluso estados de aplanamiento del afecto en los que el paciente responde a las informaciones sin manifestar emoción alguna. Ayude al cliente a centrar su atención en aspectos de su salud y bienestar en los que está a su alcance intervenir. Interroguelo sobre sus actuales costumbres y parta de la importancia de evitar toda exposición suplementaria al virus, de una alimentación sana, del ejercicio físico, de la moderación en el consumo de alcohol y estupefacientes, de la reducción del *estrés* y de las técnicas que contribuyen a lograrlo.

7. Evalúe los problemas inmediatos y prevea relevos a los que derivar el cliente. Evalúe su nivel de angustia mediante preguntas que harán aflorar los aspectos problemáticos a corto plazo. Tales preguntas deberían contribuir a una mejor identificación por parte del consejero del tipo de posibilidades de apoyo de que dispone el cliente, así como la eventual aparición de ideación suicida.

Ejemplo de una evaluación del entorno del cliente:

- ¿Hay alguna persona de la que se sienta usted suficientemente próximo como para compartir con ella lo que está ocurriendo en su vida?
- ¿Cuáles son las personas más importantes para usted? ¿Está usted en contacto con ellas?
- ¿Cómo cree usted que reaccionarían si les hablara sobre el resultado de su test?

Ejemplo de evaluación de las ideas de suicidio:

- ¿En qué suele ocupar su tiempo habitualmente?
- ¿Cuáles son sus proyectos inmediatos para el resto del día?
- ¿Cuáles son sus proyectos para los próximos días?
- ¿Tiene usted ideas de suicidio?

Si el cliente responde afirmativamente o admite la posibilidad, el consejero debe explorar si el cliente tiene o no la intención o el proyecto de hacerse daño.

Una entrevista de este tipo debería traducirse en las derivaciones necesarias, que para todos los pacientes incluirán un médico, una clínica de salud mental, el «Grupo de Autoayuda Jacinto», un CTS (Counseling and Testing Site) y cualquier otro punto de asistencia apropiado.

8. En el caso de un paciente que desee que su resultado sea comunicado a un médico u otro servicio, obtenga su autorización por escrito antes de hacerlo. Indique el resultado en la fórmula de transmisión y remita una copia al médico en cuestión. Conserve el documento original en la historia clínica del cliente. Los documentos que identifican al paciente y el resultado del test VIH deberían ser remitidos por separado.

9. Se debe comunicar a los pacientes cuyo resultado es positivo que deberían remitir a sus parejas sexuales y/o aquellas personas con las que hayan compartido jeringas al CTS (Counseling and Testing Site). Debe informarse al paciente del Notification Assistance Program (NAP). El NAP se encargará de tomar contacto con las terceras personas que hayan podido ser infectadas por él sin que la identidad del paciente sea revelada. Debe animarse al paciente a utilizar este programa, si se siente incapaz de contactar personalmente a tales personas.

10. Entregue al paciente una lista de servicios de referencia, informaciones sobre modificaciones en el comportamiento sexual y de consumo de drogas, así como mensajes de consejo postest. No se limite a entregarle

únicamente información relativa al sida. Ello podría inquietar al paciente, haciéndole pensar que realmente tiene el sida.

11. El logro de todo tipo de entrevista depende de la capacidad del consejero en permanecer desprovisto de todo juicio moral, manteniéndose empático y conciso. Nunca debe darse informaciones de manera precipitada ni hacerle al cliente más de una pregunta a la vez. Debe recordarse al cliente que el resultado de este test no es más que una parte del conjunto de su estado de salud. Al igual que una persona con diabetes que debe operar ciertos cambios comportamentales, más allá de tales cambios comportamentales, la vida puede recaer en una rutina que no esté dominada por la seropositividad VIH.

## DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y RETENCIÓN DE LOS PACIENTES

J. THOMAS PAYTE, M.D.

ELIZABETH T. KHURI, M.D.

### INTRODUCCIÓN

La expresión *duración del tratamiento* se refiere al tiempo en que se mantiene la administración de metadona. Las decisiones que se refieren a la duración del tratamiento son tomadas por los médicos y otros profesionales del programa en cooperación con el paciente. Son decisiones clínicas que deberían basarse en los datos acumulados y en la experiencia médica, y no en disposiciones reglamentarias o en una política general (Ball & Ross 1991; Cooper *et al.* 1983).

Cuando se analiza la cuestión de la duración del tratamiento de mantenimiento con metadona y sus implicaciones para pacientes y programas, conviene tener en cuenta que la remisión de la adicción a narcóticos —sea a corto o a largo plazo (menos o más de 6 meses, respectivamente)— depende, según la nueva clasificación DSM IV (Kreek, comunicación personal, 1992), de la interrupción del consumo ilegal de opiáceos y no de la presencia o ausencia de farmacoterapia.

La expresión *retención en tratamiento* se refiere a la capacidad y a la voluntad del paciente de seguir permaneciendo en tratamiento, lo cual está influenciado por una combinación de características del paciente y del programa. La retención constituye un elemento esencial para alcanzar una óptima duración del tratamiento.

La retención en tratamiento debe ser considerada como el resultado de una relación terapéutica continuada entre los pacientes en vías de curación y su centro de referencia. Las decisiones relativas al mantenimiento de la farmacoterapia con metadona deberían ser tomadas en el contexto de un proceso de evaluación continuada de la eficacia de tipos específicos de tratamiento. Idealmente, los programas deberían recibir financiación no sólo para el tratamiento de los pacientes que reciben metadona, sino también para el de aquellos que, tras una disminución



lenta de la dosis, siguen en tratamiento en la modalidad dosis = cero. Debería siempre favorecerse que los pacientes permanezcan en un tratamiento continuado y reiniciarse la farmacoterapia en caso de recaída, cuando sea previsible o se teme que ocurra. Los pacientes que han interrumpido el tratamiento y ya no reciben farmacoterapia deberían poder ser readmitidos rápidamente en el programa para tratamiento en caso de necesidad. Los sentimientos como la vergüenza, la decepción y la culpabilidad asociada a una recaída pueden alterar —particularmente en el caso de pacientes rehabilitados que han establecido una estrecha relación con el personal— la voluntad y habilidad del paciente para negociar su readmisión en tratamiento. Por este motivo, todo obstáculo a la readmisión debería ser minimizado.

## ESTRATEGIAS PARA UNA RÁPIDA ADMISIÓN EN TRATAMIENTO

Antes de que un programa pueda interesarse en la cuestión de la retención en tratamiento de los pacientes, debe abordarse la admisión de los mismos. En general, los programas con largos e ineficaces procesos de admisión que comportan numerosos informes y citas pierden un número importante de pacientes entre el primer contacto y la propia admisión.

Deberían analizarse con mucha atención los obstáculos y barreras a los pacientes que aspiran a un tratamiento, tanto en relación al programa como al sistema en su conjunto. En un contexto en el que existen 4 o 5 potenciales pacientes para cada plaza de tratamiento disponible, puede plantearse la cuestión de si es necesario proceder a una admisión rápida. Es obvio que la necesidad de mejorar el tratamiento se extiende mucho más allá del proceso de admisión.

Según un estudio efectuado por Stark y colaboradores (1992), sobre 117 pacientes que obtuvieron una cita cuando la solicitaron, sólo 59 se desplazaron para recoger el formulario de inscripción; de estos 59, sólo 13 permanecieron en tratamiento más de un mes. Los pacientes a los que se pidió que acudieran al centro inmediatamente para proceder a la admisión el mismo día acudieron en una proporción mucho más elevada que aquellos a los que se propuso una cita previa.

La admisión de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona debe ser rápida y se les debe garantizar que recibirán —siempre y cuando reúnan los criterios de admisión— la dosis inicial de metadona el mismo día de su inscripción. Cuando es necesario, se

puede racionalizar y resumir los elementos mínimos esenciales del proceso de admisión para facilitar la determinación de la dosis inicial de metadona. El resto de informaciones más precisas y detalladas necesarias al proceso de admisión podrán ser obtenidas de un modo más relajado si el paciente no sufre de sintomatología aguda de abstinencia.

Si bien es cierto que, comparado con otras opciones terapéuticas, el tratamiento de mantenimiento con metadona ha mostrado resultados muy favorables en cuanto a retención de pacientes, debe tenerse en cuenta que la retención en tratamiento con metadona ha disminuido con el paso de los años. Programas que sobreviven con dificultad se enfrentan al desafío que representan los cambios en la población toxicómana, con sus dependencias múltiples, sus trastornos mentales coexistentes y sus graves enfermedades somáticas; con demasiada frecuencia, estos programas intentan funcionar del mismo modo en que lo hacían en 1980.

## DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Condelli & Dunteman (1991) muestran claramente que la controversia relativa a la duración de los tratamientos se sitúa en los reglamentos y la esfera política. Con motivo de la elevada incidencia de recaídas (Ball & Ross, 1991) y del riesgo de contaminación por VIH y de extensión de la epidemia, hay quien opina que se debería favorecer la permanencia indefinida de los toxicómanos en tratamiento de mantenimiento con metadona. Otro grupo considera, partiendo de convicciones que le hacen rechazar de un modo general todo tipo de farmacoterapia para el tratamiento de la toxicomanía, que se debería disuadir a los toxicómanos de permanecer en tratamiento por un largo período. Esta opinión suele basarse en el temor de que, en cierto modo, el tratamiento de mantenimiento con metadona no desanime a los adictos a llevar una vida libre de drogas. Un tercer grupo piensa que no deberían existir reglas en esta cuestión puesto que la intensidad y la duración necesarias del tratamiento difieren mucho de un paciente a otro. De acuerdo con esta posición, tales decisiones deben basarse en elementos clínicos individuales y no en la opinión pública o en estrategias políticas.

Para Hubbard y colaboradores (1989), un tratamiento a largo plazo es uno de los importantes factores pronósticos de éxito en el tratamiento, mientras que Simpson (1981) ha mostrado que breves episodios terapéuticos (inferiores a tres meses) equivalen, en cuanto a resultados, a la ausencia de toda intervención terapéutica. Ball & Ross (1991) han observado una continua mejoría en la incidencia de consumos intrave-

nosos de droga, a lo largo de cuatro años de tratamiento de mantenimiento con metadona. Dada la disminución casi lineal de los consumos intravenosos de estupefacientes hasta el final del cuarto año, cabría esperar que prosigan los progresos de los resultados registrados más allá de este punto, eventualmente con un aplanamiento de la curva.

El estudio de Ball & Ross no es más que un ejemplo a favor del tratamiento a largo plazo, no sólo para el tratamiento de mantenimiento con metadona sino también para otras modalidades terapéuticas. Está claro que las decisiones relativas a la duración del tratamiento deberían ser individualizadas, aunque con una tendencia general hacia el mantenimiento a largo plazo. En la bibliografía sobre metadona, las expresiones «largo plazo» e «indefinido» parecen ser equivalentes. Un tratamiento de duración indefinida es apropiado para los numerosos pacientes que reúnen los criterios de adicción crónica intratable a la heroína.

Diversos estudios ilustran la eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona para reducir la propagación de la infección por el VIH entre adictos a la heroína (Batki 1988; Hubbard *et al.* 1988). Entre pacientes mantenidos con metadona, la relación entre prevalencia de la serología positiva al VIH y duración del tratamiento constituye un argumento a favor del tratamiento a largo plazo. Los pacientes tratados durante menos de un año presentan una incidencia de serología positiva al VIH claramente más elevada que aquellos que han estado varios años en tratamiento (Bourne 1988; Nathan & Karan 1989; NIDA 1989).

Sin embargo, según otra perspectiva, se considera la adicción como una *enfermedad* que se caracteriza por ser crónica, progresiva, recurrente e incurable. Toda pretensión de limitar la duración del tratamiento de una enfermedad crónica e incurable, aunque tratable, es obviamente inadecuada.

La respuesta a la cuestión «¿Durante cuánto tiempo se ha de prolongar el tratamiento de mantenimiento con metadona?» es simple: «tanto tiempo como sea necesario»; o bien, simplemente, «el tiempo suficiente». El tratamiento debería continuar mientras el paciente siguiera beneficiándose de él, deseara mantenerlo, siguiera presentando un riesgo de recaída en el consumo de heroína u otras drogas, no sufriese efectos secundarios derivados del uso continuado de la metadona y mientras siguiera estando indicado por el juicio clínico del médico.

Estas conclusiones no son nuevas. El párrafo siguiente está extraído del resumen de un debate de Cooper *et al.* (1983):

*La decisión de desintoxicar a un paciente de la metadona debería ser tomada por su médico en cooperación con el paciente y con el resto del equipo. No debería establecerse limitación alguna a la duración del tratamiento de mantenimiento (p. 93).*

De hecho, las bases de este principio general se remontan a los trabajos iniciales de Dole & Nyswander (1966):

*La decisión relativa a si debe ser mantenido o no el bloqueo... es responsabilidad del médico que supervisa el tratamiento. La necesidad de proseguir [el tratamiento de mantenimiento con metadona] es revisada periódicamente. Por el momento, no hemos visto ningún paciente del programa de tratamiento en que consideráramos indicado suspender el bloqueo... (p. 2.014).*

## RETENCIÓN EN TRATAMIENTO

Partiendo de la base de que el mantenimiento con metadona a largo plazo constituye un objetivo apropiado y deseable para la mayoría de pacientes en PMM, debemos ahora centrar nuestra atención en el problema de retener pacientes durante períodos prolongados. La retención, sin embargo, depende en primer lugar de que el paciente entre en el sistema terapéutico. En enero de 1991, los autores participaron en una comisión convocada por el NIDA en Washington D.C., centrada en el tema de la retención en el programa y el abandono del tratamiento (*drop out*). Al mismo tiempo, se recalcó que existe igualmente un problema muy importante con los individuos que inician tratamiento (*dropping in*) en los centros. No hay duda de que, además de determinar los factores que afectan a la retención y previenen la interrupción del tratamiento, debemos analizar la razón por la que una elevada proporción de los adictos a la heroína dejan de hacer el más mínimo esfuerzo para entrar en tratamiento.

Las publicaciones que abordan el tema de la retención en tratamiento incluyen numerosos estudios que se centran en las características del paciente para predecir o explicar la permanencia en el tratamiento o los abandonos. Lamentablemente, son mucho menos frecuentes los trabajos dirigidos a los factores relacionados con el programa y que afectan la retención del paciente y los abandonos. Esta aparente desproporción condujo a uno de los autores (Payte) a comparar los programas con cubos, entre los cuales buen número están agujereados y son incapaces de retener el agua (los pacientes) durante un tiempo significativo. La abundancia del agua (los pacientes) permitía que los cubos se mantuvieran llenos, dando la ilusión de una excelente retención. A

partir de entonces se llevaron a cabo estudios sobre el agua para intentar explicar su incapacidad de mantenerse en el interior de los cubos agujereados. Si bien se adquirieron muchos conocimientos sobre el agua, no hubo cambios en la habilidad de ésta para permanecer en el cubo. Afortunadamente, la atención se centra más actualmente en la integridad del programa, dada su influencia sobre la atracción y retención en un tratamiento efectivo.

En ciertos casos, el equipo terapéutico intenta proyectar la responsabilidad de los agujeros del cubo sobre el agua, recurriendo a tópicos como que el paciente «no está aún preparado para el tratamiento», o que «está poco motivado». También es cierto que no todos los programas consiguen mantenerse llenos a pesar de que gran número de adictos necesiten tratamiento en sus proximidades. Los adictos no deberían superar una carrera de obstáculos para entrar y mantenerse en tratamiento. Tales obstáculos no pueden ser justificados como medios para poner a prueba la motivación de los pacientes. Buena parte de ellos serán analizados más adelante.

No se pretende que focalizar la atención sobre las características del programa deba reducir o minimizar la importancia de las características de los pacientes. La influencia del grado de sociopatía, presencia y severidad de los trastornos psiquiátricos, así como de un número importante de factores psicosociales sobre el curso del tratamiento está fuera de toda duda. Sin embargo, quizá nuestra capacidad para manejar elementos del programa sea mayor que nuestra habilidad para influenciar algunos de los graves problemas que complican el tratamiento de la dependencia de drogas.

La retención de los pacientes debería ser contemplada por los PMM como un objetivo principal del tratamiento. Mientras que las características de los pacientes han sido ampliamente estudiadas en relación con la retención y el abandono, este capítulo se centrará más en los elementos del programa que se correlacionan con la retención de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona.

## ELEMENTOS DEL PROGRAMA ASOCIADOS CON UNA MEJOR RETENCIÓN DE LOS PACIENTES

Los aspectos tratados en esta sección son una amalgama de la experiencia clínica de los autores y del trabajo de diversos expertos en este campo. Tal y como cabría esperar, muchos de ellos llegan a las mismas conclusiones, incluso a través de caminos diferentes. Esta lista

incluye los trabajos efectuados por Ball, Condelli, Caplehorn, Hubbard, Simpson y otros (véanse las referencias).

## ACCESIBILIDAD DEL CENTRO

Un acceso simple al centro es importante para la retención. Distancias grandes implican un incremento del tiempo y gastos necesarios para los desplazamientos al centro. En aquellas zonas en las que la población toxicómana se distribuye en un amplio territorio se necesitará una descentralización geográfica. La cuestión de la accesibilidad también facilita un flujo eficaz de pacientes al centro.

## HORARIOS ADAPTADOS

El tratamiento debería ser administrado de modo que perturbe lo menos posible a los pacientes en cuanto a desplazamientos, trabajo, actividades educativas, acudir a servicios asistenciales y a sus actividades sociales y familiares. Los horarios deberían ser determinados más en base a las necesidades del paciente que en función de las preferencias del equipo terapéutico. Son numerosos los que piensan que debe ofrecerse como mínimo 2 horas de apertura fuera del período de 8h. a 17h., el horario de trabajo habitual. Según las dimensiones y recursos del centro, éste debería plantearse mantenerse abierto al menos desde las 6h. hasta como mínimo las 19h. El mantenimiento con metadona no debería ser un factor que contribuya a mantener el desempleo.

## PRECIO ABORDABLE DEL TRATAMIENTO<sup>1</sup>

Dada la naturaleza prolongada del tratamiento de mantenimiento con metadona, es esencial que su precio sea abordable y que no impida el acceso a tratamiento a quien lo necesite. Muchos pacientes están en condiciones de asumir parte del coste durante algún período de su tratamiento. Sin embargo, suele ocurrir que cuando se requiere la máxima intensidad del mismo es cuando los pacientes están menos capacitados para pagárselo. Un programa de calidad que ofrezca una amplia gama de prestaciones a nivel terapéutico tiene un coste superior a lo que se puede esperar del ingreso en concepto de honorarios. Es importante que las autoridades implicadas en la financiación mantengan como máxima prioridad una financiación del tratamiento de mantenimiento con metadona estable y *a largo plazo*. Debería animarse a otras instan-

---

1. En el sistema americano los pacientes participan en el pago del tratamiento. (N. del T.)

cias, como los seguros privados y *Medicaid*, a ofrecer una amplia cobertura para responder a las necesidades de los pacientes.

## ACCESIBILIDAD A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

Uno de los problemas que suele citarse es la ausencia repetida del terapeuta de referencia. Los pacientes corren el riesgo de desanimarse cuando no tienen un acceso rápido al personal médico y de apoyo. La cantidad de historias clínicas y un excesivo trabajo burocrático son factores generadores de problemas a este nivel. Entre otros factores que han sido mencionados por reducir el acceso del paciente al equipo figura la dotación del equipo, la calidad de sus miembros y el exceso de reglamentación. Debería examinarse e intentar eliminar todo obstáculo que los pacientes puedan encontrar cuando intentan acceder a su terapeuta de referencia.

## CALIDAD Y PERMANENCIA DEL PERSONAL

La concordancia a nivel cultural, social y étnico del personal con el paciente es un factor importante. El personal debería ser capaz de establecer una relación con los pacientes, y éstos necesitan saber que el equipo los puede comprender. El personal debería ser formado de modo que los pacientes perciban sus competencias. Los cambios en el personal, y en particular en lo que se refiere al terapeuta principal, constituyen un auténtico problema para el cual deben buscarse soluciones creativas. La expresión «*no se precisa experiencia*» no debería aparecer nunca en los anuncios que ofrecen una plaza para trabajar en el ámbito de las drogodependencias, sea del tipo que sea.

## CALIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES

La calidad de los servicios sociales influye más en la retención que su cantidad. Tales servicios incluirían la asistencia familiar y jurídica, asesoramiento para la formación profesional y búsqueda de empleo y las ayudas financieras. Aunque serán precisos recursos suplementarios y nuevas colaboraciones para abordar estos problemas, a largo plazo la oferta de estos servicios es necesaria y rentable.

## GAMA COMPLETA DE SERVICIOS

La capacidad de ofrecer una gama completa de servicios en el propio programa ofrece unas ventajas que van más allá de la comodidad de los pacientes. La oferta de servicios médicos de base, atención psiquiátrica y servicios relacionados con el VIH mejora la continuidad del con-

junto de prestaciones y conduce a una atención más global. En los PMM, los equipos con experiencia conocen bien los problemas relacionados con la derivación de pacientes a otros servicios externos al programa. La proporción de pacientes que acuden a ellos es escasa. Una de las muchas razones de su reticencia a recurrir a servicios sanitarios externos podría proceder de experiencias previas poco satisfactorias relacionadas con la ignorancia y los prejuicios por parte del personal de tales servicios. Con demasiada frecuencia se etiqueta la adicción como algo voluntario, el resultado de un carácter débil o de una «falta de voluntad»; en consecuencia, a las secuelas de este grupo de enfermedades se añade la estigmatización, el sentimiento de inutilidad y la escasa consideración por parte de los profesionales.

## ADECUACIÓN DE LA DOSIS DE METADONA

Para un análisis en profundidad de los principios de la determinación de la dosis de metadona, véase el capítulo 5. El estudio de Caplehorn & Bell (1991) demuestra claramente el marcado aumento de la retención en los pacientes que reciben una dosis diaria de metadona igual o superior a 80 mg (véase la tabla I). Los estudios indican igualmente que los programas en los que los pacientes conocen su dosis de metadona tienen una mejor retención que aquellos en los que los pacientes la ignoran (Condelli & Dunteman 1991).

Tabla I. *Riesgo relativo de abandonar el tratamiento según el nivel de dosis. (Fuente: Caplehorn & Bell 1991, pp, 195-199)*

Dosis de metadona (mg)	Riesgo relativo de abandono (%)
<60	100 (referencia)
60 a 79	47
80	21 <sup>2</sup>

## ACTITUDES DEL EQUIPO Y AMBIENTE EN EL PROGRAMA

La promoción de un ambiente agradable y acogedor en el que los pacientes sean tratados con dignidad, respeto y empatía constituye una estrategia de retención eficaz y sin costes que con frecuencia se pasa

---

2. En una carta al director (Caplehorn J., Bell J., Correction of error. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *The medical Journal of Australia* 159: 640, 1993), los autores explican haber revisado su trabajo y encontrado un riesgo relativo de abandono del 55 y el 30 % para los grupos de dosis 60-79 y  $\geq 80$  mg, respectivamente. (N. del T.)



por alto. En un buen programa debería reinar el afecto, y debería constituir un «puerto seguro» en un proceso de rehabilitación que suele comportar cambios radicales en el estilo de vida. Según informan los propios pacientes, esta estrategia simple y obvia no se aplica de un modo generalizado. Según ellos, es frecuente en los programas el trato descortés, con juicios morales y prejuicios. Poco importa lo que estos servicios puedan ofrecerles, los pacientes los ven como «malos programas».

Una actitud amable, cuidadosa y cortés puede superar muchos otros problemas del programa, como mínimo desde el punto de vista del paciente. Unas instalaciones sucias y descuidadas y una oferta terapéutica limitada serán considerados por los pacientes como problemas relativamente secundarios a condición de que sean tratados con dignidad y respeto y sean recibidos con una sonrisa por un miembro del equipo terapéutico.

## TRASTORNOS DE LA VIDA COTIDIANA Y TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

Una cantidad razonable de inconvenientes y un desbarajuste de la vida cotidiana de los pacientes son habituales cuando se aborda el tratamiento de un problema agudo. Pero a partir del momento en que se fomenta un tratamiento cada vez más largo, como ocurre en cualquier enfermedad crónica, es evidente que un trastorno significativo y prolongado de la vida y de la rutina cotidianas deja de ser aceptable. En consecuencia, el tratamiento debería pasar a ser progresivamente menos perturbador para así facilitar la retención a largo plazo.

El tratamiento puede perturbar la vida cotidiana de diversas formas. Las dificultades financieras pueden conducir a una interrupción prematura contraindicada; el tiempo y la distancia de los desplazamientos tienden a alterar la vida profesional y familiar del paciente. En ocasiones, pueden aplicarse procesos que ya no están indicados, pero que siguen siendo exigidos por el programa en función de ciertas reglamentaciones. Se ha propuesto que el propio tratamiento progrese a través de niveles o grados de intensidad, pasando a ser cada vez menos intenso, costoso y perturbador para la vida cotidiana. Este sistema promocionaría la individualización del tratamiento de forma que el paciente recibiera lo que precisa, y de forma que cada desplazamiento al centro fuera realmente útil. La evolución hacia lo que se ha llamado «mantenimiento médico» (Novick *et al.* 1988) puede ser un rasgo de los programas del futuro.

## RESUMEN

La duración del tratamiento de mantenimiento con metadona debe ser determinada según un proceso de decisión individualizada basado en una evaluación cuidadosa y continuada de la eficacia del tratamiento; la duración no debería depender de directivas o reglamentaciones locales, Estatales o Federales. Debe ser recalcado que para muchos pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona lo apropiado es un tratamiento a largo plazo o incluso indefinido. Se deben considerar diversos factores de riesgo/beneficio y tener en cuenta el grado de rehabilitación, los recursos, la disponibilidad de sistemas de apoyo, los deseos del paciente, la respuesta al tratamiento y aspectos del entorno. Se debería conceder una atención particular a la comprensión profunda de las motivaciones reales de los pacientes que solicitan terminar el tratamiento con metadona.

Se ha comentado el valor terapéutico de la retención en tratamiento, así como algunas estrategias para mejorarla. Enfocado desde el punto de vista de la metáfora del «cubo agujereado», los programas no siempre han mostrado un gran interés por los pacientes que abandonan el tratamiento. Es frecuente el sentimiento de que el paciente que recae volverá a «tocar fondo» y estará quizá más motivado para un nuevo tratamiento.

Tales actitudes hacia la recaída son inconcebibles en la era del VIH-sida. El retorno al consumo de drogas inyectadas no puede en ningún caso justificarse como una experiencia que haga madurar. Demasiados médicos han visto a pacientes reiniciar el tratamiento con metadona y descubrir que habían sido infectados por el VIH durante la recaída. En tales situaciones, preguntarse si la recaída hubiera podido ser evitada puede conllevar dolorosas respuestas.

Los PMM tienen la importante responsabilidad de hacer lo posible por mejorar la retención de los pacientes, independientemente del número de ellos en lista de espera para tratamiento. Más que reciclar una misma plaza con varios pacientes sucesivos, deberían hacerse esfuerzos para incrementar el número de plazas disponibles.

Cuando los programas consiguen una buena accesibilidad y un clima agradable, pueden esperar un incremento de las solicitudes de admisión. La aceptación del programa por parte de los pacientes es un aspecto ignorado frecuentemente. Si los escuchamos, podemos aprender mucho de ellos, pues, finalmente, tienen la última palabra.

## RECOMENDACIONES

- Continúe el tratamiento tanto tiempo como el paciente obtenga beneficios del mismo o desee seguir en tratamiento, mientras persista un riesgo de recaída en el uso de heroína u otras drogas, el paciente no padezca ningún efecto secundario relacionado con el tratamiento continuado con metadona, y mientras esté indicado según el juicio clínico del médico; resumiendo, considere como indefinido el tratamiento apropiado para una mayoría de pacientes que reúnen los criterios de una adicción crónica e intratable a la heroína.
- Acelere el proceso de admisión de los pacientes y garantíeles que, si reúnen los criterios, recibirán la dosis inicial de metadona el mismo día de la entrevista de admisión.
- Considere la retención en tratamiento como un objetivo principal del tratamiento. Entre las recomendaciones para mejorar la retención de los pacientes se incluyen las siguientes:
  - Mejore la accesibilidad del centro; es necesaria una descentralización geográfica en aquellas zonas donde la población adicta se encuentra distribuida en un amplio sector.
  - Organice el tratamiento de modo que perturbe lo mínimo las posibilidades de los pacientes de viajar, trabajar, seguir actividades educativas, recurrir a servicios de apoyo y a servicios sociales y de atención a la familia.
  - Determine los horarios en función de las necesidades de los pacientes.
  - Ofrezca un tratamiento a un precio abordable para todo aquél que lo necesite.
  - Asegúrese de que los pacientes tienen rápido acceso a los miembros del equipo y, en particular, a su terapeuta de referencia.
  - Asegúrese de que el equipo está suficientemente entrenado y que es sensible a los problemas específicos relacionados con el sexo y la cultura de los pacientes.
  - Ofrezca servicios de alta calidad.
  - Ofrezca un servicio continuado y global.
  - Asegúrese de que los pacientes reciben dosis adecuadas de metadona, basadas en las necesidades individuales.
  - Ofrezca un «puerto seguro» y trate a los pacientes con dignidad, respeto y empatía.

## BIBLIOGRAFÍA

- BALL, J.C.; LANGE, W.R.; MYERS, CP. and FRIEDMAN, S.R. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior* 29 (September): 214-226, 1988.
- BALL, J.C., and ROSS, A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag, 1991.
- BATKI, S. Treatment of intravenous drug users with AIDS: The role of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs* 20: 213-216, 1988.
- BAYER, R. and KOENIGSBERG, L. Retention rates among methadone patients: An analysis of the New York experience, 1964-1976. *International Journal of Addictions* 16(1): 33-41, 1981.
- BOURNE, P.G. AIDS and drug use: An international perspective. *Journal of Psychoactive Drugs* 20: 153-157, 1988.
- CAPLEHORN, J.R.M. and BELL, J. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *The Medical Journal of Australia* 154: 195-199, 1991.
- CONDELLI, W.S. and DUNTEMAN, G.H. 1991. Exposure to methadone programs and heroin use. Center for Social Research and Policy Analysis, Research Triangle Institute. Unpublished paper.
- COOPER, J.R. Ineffective use of psychoactive drugs-methadone treatment is no exception. *Journal of the American Medical Association* 267(2): 281-282, 1992.
- COOPER, J.R.; ALTMAN, F.; BROWN, B.S. and CZECHOWICZ, D. *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1983.
- D'AUNNO, T. and VAUGHN, T.E. Variations in methadone treatment practices—results from a national study. *Journal of the American Medical Association* 267(2): 253-258, 1992.
- DES JARLAIS, D.C. Retention rates among New York City methadone patients: A response to Bayer and Koenigsberg (letter to the editor). *International Journal of the Addictions* 17 (5): 929-930, 1982.
- DOLE, V.P. and NYSWANDER, M.E. Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. *New York State Journal of Medicine* 66(15): 2011-2017, 1966.
- HARGREAVES, W.A. METHADONE dosage and duration for maintenance treatment. In: COOPER, J.R.; ALTMAN, F.; BROWN, B.S. and CZE-

CHOWICZ, D., eds. *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1983.

HUBBARD, R.L.; MARSDEN, M.E. and CAVANAUGH, E.R. Role of drug-abuse treatment in limiting the spread of AIDS. *Review of Infectious Diseases* 10: 377-384, 1988.

HUBBARD, R.L.; MARSDEN, M.E.; RACHAL, J.V.; HARWOOD, H.J.; CAVANAUGH, E.R.; and GINZBURG, H.M. *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1989.

HUNT, D.E. and STRUG, D.L. Pathways into treatment: A study of the entry process. New York: Narcotic and Drug Research, Inc., 1988.

KREEK, M.J. Effects of drugs of abuse and treatment agents in women. In: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence, 1991*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 119. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1991.

NATHAN, J.A. and KARAN, L.D. Substance abuse treatment modalities in the age of HIV spectrum disease. *Journal of Psychoactive Drugs* 21(4): 423-429, 1989.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Effectiveness of Drug Abuse Treatment as an AIDS-Prevention Strategy. Paper presented at the American Society on Alcoholism and Other Drug Dependency's Third National Forum on AIDS and Chemical Dependency: Integrating AIDS Prevention and Treatment With Chemical Dependency Treatment, Miami, February 1989.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. National Conference on Drug Abuse Research and Practice: An Alliance for the 21st Century. Washington, DC, January 1991.

NOVICK, D.M.; PASCARELLI, E.F.; JOSEPH, H.; SALSITZ, E.A.; RICHMAN, B.L.; DES JARLAIS, D.C.; ANDERSON, M.; DOLE, V.P. and NYSWANDER, M.E. Methadone maintenance patients in general medical practice: A preliminary report. *Journal of the American Medical Association* 259(22): 3299-3302, 1988.

SIMPSON, D.D. Treatment for drug abuse follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry* 38: 875-880, 1981.

STARK, M.J.; CAMPBELL, B.K. and BRINKERHOFF, C.V. «Hello, may we help you?» A study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients. *American Journal of Drug*



## INTEGRACIÓN DE LOS PMM EN LA COMUNIDAD

DORRIE BURKE

### INTRODUCCIÓN: LA PERSPECTIVA COMUNITARIA

La resistencia y oposición que manifiesta la comunidad a que se establezcan programas de tratamiento de abuso de sustancias es un fenómeno histórico (Genevie *et al.* 1988; Lowinson & Langrod 1975; Ruiz *et al.* 1978). El llamado síndrome de «*en el patio de mi casa, no*», generado esencialmente por el temor a lo desconocido, y complicado por estereotipos relativos a la adicción a las drogas y a los toxicómanos, así como las aprensiones que provoca, es un factor importante que todo centro de tratamiento tiene que comprender y al que debe confrontarse. Para los centros de tratamiento con metadona, es de una importancia decisiva el desafío que representan las relaciones con la comunidad y las intervenciones educativas dirigidas a ella.

A pesar de más de 25 años de investigación y experiencia práctica en el campo del tratamiento de los adictos a opiáceos con mantenimiento de metadona, la población tiene un conocimiento insuficiente de la eficacia de este tratamiento. Persisten conceptos erróneos sobre la naturaleza de la adicción a narcóticos y del impacto decisivo del tratamiento de mantenimiento con metadona en el abordaje de este problema. Aunque el mantenimiento con metadona esté asociado a sustanciales beneficios a nivel de salud pública y de empleo, así como a una reducción del riesgo de infección por el VIH y de los comportamientos delictivos, estos beneficios son frecuentemente eclipsados por las preocupaciones que generan el callejeo de los pacientes y la venta de drogas que pueden tener lugar en las proximidades de algunos PMM de gran capacidad. En los barrios residenciales o comerciales suelen verse las clínicas como una amenaza para el valor inmobiliario y/o la prosperidad comercial. Además, es frecuente que las reacciones negativas a nivel comunitario y político se basen en sólidas convicciones morales sobre la drogadicción. Si bien los miembros de la comunidad pueden mostrar un

apoyo manifiesto al concepto de tratamiento de la adicción, la metadona es considerada por algunos de ellos como una «muleta química» o como la sustitución de una dependencia por otra. En consecuencia, en el espíritu de los miembros de la comunidad no se hace distinción alguna entre los adictos de la calle y los pacientes en mantenimiento con metadona.

Las informaciones erróneas sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona han persistido, a pesar de los prolongados esfuerzos mantenidos para informar tanto a las autoridades legislativas y sanitarias, como a los líderes comunitarios. Los adversarios de los PMM han recurrido a protestas, argumentos sobre la distribución territorial y mensajes mediáticos negativos para evitar la instalación o ampliación de los programas. El apoyo político ha declinado y se ha estancado desde la década de los setenta, y sigue siendo inconsistente y poco fiable. En general, y salvo ciertas variaciones locales, la respuesta comunitaria a la instalación y expansión de centros de tratamiento de mantenimiento con metadona ha sido poco acogedora. Esta resistencia, añadida a las amenazas hacia los centros ya existentes, mantiene a los responsables de los PMM estancados en estériles conflictos con la comunidad.

Aprovechando la experiencia adquirida por los sectores de salud mental y del tratamiento residencial *libre de drogas*,<sup>1</sup> el sector del tratamiento de mantenimiento con metadona ha evolucionado claramente hacia la adopción de un modelo educativo de la comunidad y la práctica de mantener el contacto con ella. Este trabajo ha conducido a ciertos programas a integrarse en el conjunto de los servicios comunitarios y a ser aceptado como miembro de la misma (lo cual ha permitido a ciertos programas una mejoría importante de su aceptación). A continuación detallamos una serie de elementos útiles que facilitan el éxito de la educación de la comunidad y de las relaciones con la misma.

## LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS RELACIONES CON LA COMUNIDAD

Si bien la reglamentación federal no impone las relaciones comunitarias ni la educación, ciertos Estados ordenan que se tengan en cuenta las preocupaciones y problemas comunitarios en relación a las normativas de explotación, la localización territorial y la concesión de permisos. Ciertas localidades pueden exigir que los PMM sometan un plan del programa específico para evitar que la vida comunitaria se vea per-

---

1. Traducción inadecuada, pero comúnmente aceptada en España, de la expresión *Drug free program*, que significa «tratamiento libre de farmacoterapia». (N. del T.)

turbada y para garantizar que responda a sus necesidades. Además, los mecanismos de aprobación y concesión de permisos requieren una aportación y/o el apoyo de la comunidad, así como estudios del impacto «ambiental», pudiendo incluso exigir que quede demostrada la necesidad del centro por parte de los habitantes.

Independientemente de las reglamentaciones, los PMM se ocupan de tratar a las personas y a sus familias. Con el fin de alcanzar los objetivos que se propone y funcionar de un modo eficaz, los PMM no deben centrar sus esfuerzos únicamente en el respeto de las exigencias de las autoridades. Para conducir el tratamiento con éxito, los programas deberían trabajar con los pacientes, no sólo como individuos, sino también como miembros de su familia, cultura y comunidad. Éste es el contexto del que proceden los pacientes y en el que buscan reintegrarse, ser aceptados y evolucionar con éxito.

La relación de un PMM con la comunidad es una consecuencia natural. Por una parte, los pacientes aportan a su centro las preocupaciones de la comunidad. Los problemas a los que los pacientes están confrontados son un reflejo de las limitaciones de la comunidad a nivel de estructuras sanitarias, empleo, recursos económicos, seguridad, posibilidades de alojamiento, educación, etc. Incluso se ha encontrado que el contexto y características de la comunidad contribuyen a los resultados del tratamiento (Hawkins 1983). Es un error suponer que los profesionales del tratamiento de mantenimiento con metadona puedan comprender y tratar eficazmente a los pacientes sin tener una comprensión y conocimiento de las estructuras, valores y recursos comunitarios. Un PMM que participa como miembro activo de la comunidad no sólo es más eficaz con sus pacientes, sino que además favorece una mejor comprensión y aceptación de los pacientes por parte de la comunidad.

Paralelamente, los programas de tratamiento de mantenimiento con metadona ejercen una influencia sobre la comunidad. Como miembro integrante del sistema comunitario, el PMM tiene un impacto sobre sus aspectos sanitarios, educativos y de bienestar. En muchos casos, los PMM de financiación pública dependen del apoyo comunitario para mantener sus programas. La pretensión de que el PMM sólo está al servicio de sus pacientes y no al de la comunidad entera constituye un perjuicio para todos. Es fundamental que tanto los PMM nuevos como los ya establecidos adopten la filosofía de que, siendo un recurso para una comunidad y que trata a miembros de la misma, tienen el compromiso de comprender y responder a las necesidades y preocupaciones de la comunidad a la que pertenecen y a la que ofrecen sus servicios.



El proceso práctico y natural comporta una colaboración activa con la comunidad, y en particular con sus líderes, tanto a nivel político como a otros niveles. Esta estrategia permite que el PMM se establezca como miembro integrante de la comunidad y favorezca la prevención y solución de los problemas que pudieran amenazar las relaciones del programa con ella.

## EMPLAZAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE UN CENTRO DE MANTENIMIENTO CON METADONA Y SU RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

Genevie y colaboradores (1988) estudiaron en la ciudad de *New York* las características del barrio y del programa asociadas con reacciones negativas hacia los PMM por parte de la comunidad. Sus conclusiones sugieren que los factores del entorno social, las características de los pacientes, el proceso administrativo de los PMM y el entorno «ecológico» del centro son los factores principales que intervienen en una reacción negativa por parte de la comunidad hacia la presencia de un PMM en el barrio. Se encontró una correlación significativa entre una respuesta comunitaria negativa y factores como el callejeo<sup>2</sup> de los pacientes, el número de centros en el barrio o la proximidad de grandes centros de atención ambulatoria. Los factores relacionados inversamente con una reacción negativa fueron el hecho de que el centro dispusiera de un espacio para la socialización de los pacientes y el número de pacientes que recibían tratamiento durante la mañana.

Si bien estos hallazgos aconsejan la realización de otros estudios empíricos, incluyendo a los PMM implantados en contextos no urbanos, puede mejorarse la planificación del emplazamiento de un PMM teniendo en cuenta las características de los pacientes y del entorno en relación con la comunidad a la que el PMM ofrecerá sus servicios. Idealmente, el diseño de los servicios y la infraestructura deberán ser suficientes para acoger al equipo, los pacientes y las actividades del programa. Podría disponer de un espacio de recepción, despachos de tratamiento y terapia individual, un espacio discreto para la preparación de las dosis, zonas reservadas para reuniones y terapias grupales y, en la medida de lo posible, un espacio reservado a los pacientes para así limitar que callejen por el vecindario. La elección del emplazamiento debe ser hecha, prefe-

---

2. *Loitering* en el texto original. Significa «perder el tiempo, gandulear, holgazanear». Se refiere a la deambulaci3n, sin fines concretos, de los pacientes en los alrededores de los servicios. (N. del T.)

rentemente, en colaboración con la comunidad, evitando la concentración de servicios ambulatorios.

También la apariencia física de la clínica puede ser concebida cuidadosamente. El edificio debería estar siempre limpio y ordenado, tanto en el interior como en el exterior, para así subrayar su carácter profesional. Ciertos arreglos en los alrededores (p. ej., en las aceras, vallas, contenedores de basura, señales) pueden evitar la obstrucción del tráfico y de la circulación de peatones; asimismo los horarios del centro pueden ser establecidos de manera que interfieran lo menos posible con las actividades locales. Una cuidadosa planificación del emplazamiento del centro, así como de los detalles relacionados con el entorno y las instalaciones, constituyen las bases de una prevención de las resistencias y de los problemas de la comunidad.

## LAS RELACIONES CON LA COMUNIDAD Y LOS ASPECTOS EDUCATIVOS

Una vez situado adecuadamente, el equipo del PMM puede iniciar un plan activo situado en varios niveles para crear y mantener una relación continuada con los diferentes organismos comunitarios y sus responsables. Este plan debe ser hecho en función de las necesidades específicas del programa de mantenimiento con metadona en relación con su comunidad concreta. Los siguientes aspectos son fundamentales para lograrlo. No son más que elementos básicos para la confección del mencionado plan; las actividades del programa variarán según su especificidad y su ámbito de acción:

- Darse a conocer en la comunidad
- Integrar nuevos objetivos y procesos terapéuticos y distribuir las funciones y asignaciones de los miembros del equipo en las relaciones con la comunidad.
- Establecer contactos y una comunicación interpersonal con los interlocutores de la comunidad.
- Informar a la comunidad y ponerse a su servicio, incluyendo siempre que sea posible la implicación de los pacientes y del equipo en los servicios y actividades de la comunidad.
- Responder a las preocupaciones existentes en la comunidad y mantener un seguimiento de las mismas a través de un plan establecido
- Registrar los esfuerzos orientados hacia la comunidad para evaluar, modificar y objetivar los progresos del programa.

Cada PMM concreto puede mantener aquellas diferentes acciones que mejor se adapten a las características locales y del equipo, así como al volumen de la población atendida. La siguiente serie de opciones puede ayudar a los programas a aproximarse al objetivo de alcanzar una eficaz integración como miembro de la comunidad y unas óptimas relaciones con ella.

## DARSE A CONOCER POR LA COMUNIDAD Y SUS ESTRUCTURAS

En el contexto de este capítulo recurrimos al término «comunidad» para referirnos a un grupo de personas cuyos orígenes, ambiente y preocupaciones difieren y cuyo vínculo tiene su origen en un interés común por la calidad de vida de un sector geográfico y las personas que en él confluyen. Para un PMM, la comunidad incluye a los residentes, trabajadores y empresarios del vecindario en el cual está instalado el PMM, así como a los de aquellas localidades de las que proceden los pacientes. La «estructura» de la comunidad se refiere al modelo de organización de la comunidad: cómo está representada y gestionada a nivel gubernamental, económico, sanitario, educativo y en otros sistemas operativos.

Tanto los PMM ya instalados como los que se establecen deberían estar informados sobre las principales características de la comunidad, sus estructuras y sistemas, y tendrían que integrarse en ella como un miembro comunitario más. El equipo, sea cual sea el nivel de intervención clínica, puede ser orientado sobre las características de la comunidad y conocer a quienes la representan y expresan sus preocupaciones. Ciertos líderes comunitarios son partidarios de los servicios de tipo psicosocial, y puede esperarse un apoyo por su parte, mientras que otros pueden presentar inicialmente una actitud hostil; debe cultivarse la relación con todos ellos. El conocimiento de los líderes comunitarios, así como de los sistemas y organización de la comunidad, permitirá al PMM conocer de forma más completa tanto los problemas legales que puedan afectarlo —al propio programa o a los pacientes— como las exigencias a nivel de autorizaciones y funcionamiento, los problemas relacionados con el emplazamiento del programa y las carencias en la oferta de servicios necesarios.

Idealmente, y en especial en el caso del desarrollo de nuevos centros o de la ampliación de un centro ya existente, los directores del PMM deberán tener una perfecta comprensión del proceso de las autorizaciones, conociendo a los organismos comunitarios implicados en ello,

los requisitos que deben ser aprobados y las diferencias existentes entre localidades y entre Estados. Para los programas es útil identificar el nivel de intervención y de apoyo por parte de los líderes comunitarios, necesario o aconsejable para la concesión, la explotación y el desarrollo de nuevos servicios. Sean cuales sean las exigencias estipuladas a nivel legal o reglamentario, las probabilidades de éxito serán mucho mayores si se busca el apoyo por parte de los líderes comunitarios y legislativos previamente a la implantación y establecimiento de nuevos proyectos. Los programas pueden dedicarse particularmente a aquellos líderes que se muestren favorables al tratamiento de las drogodependencias y al mantenimiento con metadona, intentando cultivar una relación de cooperación y un nivel de apoyo privilegiados.

Las principales instituciones, tales como los servicios gubernamentales y de la administración local, el servicio de empadronamiento, departamentos locales de estadística y sanitarios, organizaciones políticas y las asociaciones en general pueden proporcionar información sobre la población de la comunidad, su demografía, su estructura gubernamental, sus propios grupos asociativos, sus portavoces, así como otras importantes características sociales y sanitarias. La identificación de los representantes de la comunidad proporciona una base a partir de la cual podrán establecerse contactos y relaciones eficaces. Los PMM pueden identificar aquellos políticos que los representan a nivel federal, estatal y local; a los responsables locales de la salud pública, la política sobre drogas, la educación, la juventud y los servicios sociales; a los líderes de organizaciones económicas; a los organismos de planificación comunitaria y a las comisiones sanitarias; a los líderes de las asociaciones populares de la comunidad y a los de asociaciones de vecinos; a los responsables de la policía y de la aplicación de la ley; así como a los líderes religiosos y espirituales.

## IDENTIFICAR AL PERSONAL RESPONSABLE DE LAS RELACIONES CON LA COMUNIDAD, LOS OBJETIVOS Y LOS PROCESOS

Poniéndose al servicio de los pacientes, todo equipo de un PMM ofrece un servicio a la comunidad; en consecuencia, las relaciones con la comunidad y su información son inherentes a las funciones de todo el personal del PMM. Cualquier miembro del personal puede ser solicitado para participar en actividades vinculadas con las relaciones comunitarias. Sin embargo, es preferible disponer de un coordinador que se dedique exclusivamente a ello. Si un PMM está afiliado o forma parte de una institución más importante, como un hospital, pueden hacerse

esfuerzos para conseguir que el programa se beneficie de una total cooperación con la comunidad a la cual pertenece la institución principal, o bien con el departamento de relaciones públicas de la misma.

En la medida de lo posible, los PMM pueden presupuestar en la composición del equipo un coordinador de relaciones comunitarias y presionar con insistencia para que sea subvencionado. El personal responsable de las relaciones con la comunidad puede definir, organizar y controlar la amplia gama de actividades relacionadas con la comunidad que estén indicadas para el programa; concentrarse en coordinar los esfuerzos de participación del equipo y de los pacientes en la comunidad; representar al programa ante instancias comunitarias; establecer relaciones con los líderes comunitarios, y desarrollar actividades educativas continuadas y específicas dirigidas a la comunidad. En el caso de que no se disponga de financiación para miembros del equipo dedicados a esta función, puede desarrollarse una estrategia de compromiso en colaboración con organizaciones locales para coordinar las relaciones con la comunidad y el plan educativo. Es igualmente importante disponer de un equipo de seguridad en el mismo centro que identifique y resuelva los problemas comunitarios.

El PMM puede desarrollar y promover estrategias para implementar un plan de relaciones comunitarias adaptado a las necesidades del programa en relación con su comunidad. La política seguida por el programa puede incorporar la filosofía del mismo en lo que a relaciones con la comunidad se refiere y definir los objetivos generales que desea alcanzar, los cuales como mínimo deberían incluir los siguientes:

- Establecer una relación con los representantes de la comunidad para compartir información sobre el programa, el vecindario y sus problemas comunes.
- Constituir un recurso comunitario para el abuso de sustancias y los problemas sanitarios y sociales relacionados con ello.
- Instaurar mecanismos que lo hagan receptivo a los problemas de la comunidad en relación con el tratamiento de mantenimiento con metadona y la presencia del programa en el barrio.
- Desarrollar políticas y estrategias para que el programa trate o resuelva de un modo efectivo los problemas de la comunidad y para que se asegure que las actividades del programa no afecten negativamente la vida del vecindario.

Los protocolos de relación con el vecindario pueden ser desarrollados de modo que definan qué miembros del equipo participarán en ellos, la modalidad y frecuencia de los contactos, el nivel de participación comunitaria en los desarrollos y actividades del programa, la respuesta prevista a las quejas y peticiones de la comunidad, las zonas de referencia para la captación de los pacientes (incluyendo la admisión prioritaria de los miembros de la comunidad en los servicios instalados en ella), así como el tipo de informaciones que pueden ser compartidas o que, en función de la legislación sobre confidencialidad, deben ser limitadas. Es indispensable que los objetivos y protocolos de actuación sean definidos en función de los problemas y aspectos específicos de la comunidad.

## INICIAR LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y LOS CONTACTOS CON LA COMUNIDAD

El contacto personal con los líderes comunitarios individuales, tal y como han sido definidos previamente, permite entablar el diálogo, compartir la información sobre las actividades del programa, y debatir sobre los desarrollos, necesidades y problemas del barrio. Una comunicación así refuerza la confianza en la voluntad del programa de permanecer a la escucha y actuar con honestidad, independientemente de que la relación al final pueda o no ser calificada de «alianza». Además, el contacto personal con los líderes comunitarios favorece que éstos recurran al PMM para los problemas de abuso de sustancias y de salud, y como un punto de referencia para los miembros de la comunidad que sufran problemas con las drogas y los problemas de salud relacionados con ellas.

Las reuniones periódicas con los principales representantes oficiales pueden ser mantenidas en sus propias dependencias, pero no deben necesariamente limitarse a ellas. Como mejor se demistifican los PMM es cuando son vistos en persona. Las visitas de los contactos comunitarios al centro de mantenimiento con metadona pueden ofrecer la oportunidad de observar las actividades y de intercambiar con miembros del equipo y con los pacientes que lo acepten. Las visitas del centro deben ser planificadas cuidadosamente para favorecer una comprensión exacta del programa y de sus actividades, y evitar que las prestaciones del programa y la confidencialidad de los pacientes se vean afectadas. El apoyo y participación de los pacientes tiene un valor inestimable, pues proporciona a los visitantes la ocasión de ser testigos de la verdadera y humana naturaleza del tratamiento de mantenimiento con metadona. Las visitas organizadas para visitantes profesionales y res-

ponsables de servicios refuerzan igualmente una mejor comprensión del tratamiento de mantenimiento con metadona en la propia comunidad y tienen como consecuencia una mejor coordinación de las prestaciones ofrecidas a los pacientes en la comunidad.

Durante las fases iniciales del desarrollo de un plan de relaciones con el vecindario, una comisión consultiva o de coordinación comunitaria puede ser beneficiosa para el PMM. Un grupo compuesto por líderes comunitarios seleccionados puede reunirse mensual o trimestralmente, según sea necesario, para revisar los cambios en el programa, sus necesidades y los problemas comunitarios y para intercambiar informaciones solicitadas o que sean relevantes. Este mecanismo ofrece a las autoridades comunitarias una vía directa para expresar sus puntos de vista y recomendaciones relativas a los servicios ofrecidos por el programa o sobre estrategias para abordar problemas y carencias específicos de la comunidad.

La participación de los interlocutores comunitarios o de miembros del personal administrativo en reuniones programadas regularmente, en particular en aquellas en las que se trata la planificación y las cuestiones comunitarias, puede proporcionar valiosos contactos e intercambios con los representantes de la comunidad.

## EDUCAR Y PONERSE AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD

Además de tener derecho a ello, la población puede beneficiarse de una información sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona y sobre el centro que se encuentra en su vecindario. Los responsables de los PMM pueden organizar actividades periódicas destinadas a reforzar la conciencia y educación de la población, promover una información exacta sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona, asegurar un apoyo y comprensión de las actividades y servicios del programa y abordar las percepciones negativas por parte de la comunidad y los eventuales problemas.

Puede crearse una delegación compuesta por miembros del equipo que participe en las manifestaciones sanitarias comunitarias, en acontecimientos y conferencias, reuniones asociativas, jornadas de orientación profesional en las escuelas y otros actos comunitarios. Esta delegación podría proporcionar informaciones específicas sobre el programa, así como información general sobre drogodependencias, tratamientos de mantenimiento con metadona y problemas sanitarios. Pueden identificarse pacientes en PMM «ejemplares», grupos de familiares de pacientes en mantenimiento con metadona y clubes de antiguos pacientes que

estén interesados y que puedan igualmente ser promovidos como potenciales portavoces.

Las informaciones, tanto sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona como sobre el propio programa, pueden ser presentadas a la comunidad a través de diversas vías de comunicación. Puede publicarse un boletín informativo del programa que ponga énfasis en cuestiones sanitarias y relativas a las drogodependencias, contenga informaciones sobre el centro e incluya artículos redactados por los pacientes y por el equipo; este boletín puede ser distribuido —por correo o con ocasión de acontecimientos públicos— a los líderes comunitarios, interlocutores y otros contactos. Pueden desarrollarse folletos informativos y descriptivos del programa; también pueden emitirse comunicados de prensa periódicos relativos a las actividades específicas del programa, resultados, anuncios, mejoras o acontecimientos. El informe anual, o bien un resumen del mismo, puede ser distribuido a una selección de las autoridades comunitarias. El programa puede optar por una participación en la cobertura informativa (prensa, televisión, radio) de los problemas relacionados con las drogodependencias ofreciendo la participación en entrevistas de miembros del equipo, pacientes o ambos, así como permitiendo —en circunstancias cuidadosamente valoradas— la filmación de actividades específicas del programa.

Puede ocurrir que los PMM deseen participar de un modo más emprendedor y activo en los proyectos y acontecimientos comunitarios. A través del patrocinio de conferencias y acontecimientos destinados a la toma de conciencia —sobre cuestiones de salud o de drogodependencia— por parte de los residentes en la comunidad, el PMM se atribuye un papel de líder, de recurso y de miembro de la comunidad a su servicio y plenamente integrado en su educación. Los miembros del equipo expertos en el desarrollo comunitario pueden aportar asistencia técnica y apoyo a organizaciones comunitarias y a los líderes en la promoción de grupos de salud, de apoyo y de defensa, en la organización de campañas —como las dirigidas al registro de los votantes—, así como en actividades destinadas al desarrollo en el barrio o a obtener aumentos en las subvenciones. Los programas pueden poner en marcha servicios de reconocimiento médico de acceso directo y que no interfieran con otros ya existentes (tensión arterial, pulso, peso o consejos dietéticos), gratuitos para los miembros de la comunidad. Los PMM instalados en un hospital, así como aquellos autorizados para ofrecer servicios médicos básicos, pueden asumir un papel importante en la mejora de la salud pública ofreciendo a las familias y residentes en la comunidad vacunaciones contra la gripe,



contra el sarampión y otras enfermedades. Los PMM pueden ofrecer sus excedentes de material de oficina, o juguetes u otros artículos recibidos de otras fuentes exteriores, a organizaciones comunitarias que lo necesiten. Puede organizarse o apoyar, contando con pacientes voluntarios y miembros del equipo, operaciones de limpieza o patrullas de vigilancia en el barrio. Los servicios manifiestos desempeñados por los pacientes son prueba de la contribución del PMM a la mejora de la comunidad y ayudan a contrarrestar las nociones estereotipadas sobre las personas con antecedentes de abuso de sustancias.

Para aumentar las relaciones y alianzas con otros profesionales del tratamiento y otros miembros de servicios públicos, tanto los responsables como los miembros de los PMM pueden mantener actividades como delegados, portavoces o planificadores en reuniones profesionales, e implicarse como miembros o presidentes en comités, incluidos los comités consultivos. Tales afiliaciones profesionales favorecen las acciones integradas en las relaciones comunitarias a través de un incremento de la información de los profesionales y de la toma de conciencia por parte del público ante los problemas relacionados con las drogodependencias y los tratamientos de mantenimiento con metadona, favoreciendo además que la articulación entre diferentes modalidades de tratamiento sea más efectiva. Estas reuniones ofrecen además la oportunidad de compartir los éxitos obtenidos a nivel de relaciones comunitarias y afinar modelos de intervención en el campo del tratamiento de mantenimiento con metadona. La participación del equipo en actividades de planificación o de desarrollo local da la oportunidad al programa de contribuir al crecimiento y mejora de la comunidad, particularmente en lo que a la promoción de los servicios sociales y sanitarios se refiere.

Los PMM también ofrecen un servicio a la comunidad proporcionando tratamiento a los que en ella residen y aportando puestos de trabajo a sus miembros cualificados para ello. Pueden instaurarse, cuando ello es posible, políticas de admisión que orienten los pacientes hacia el servicio más próximo de su domicilio o lugar de trabajo. Puede ofrecerse una admisión prioritaria a los residentes en la comunidad. Pueden hacerse esfuerzos igualmente para reclutar y contratar a miembros del personal procedentes de la comunidad.

## RESPONDER A LOS PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD Y MANTENER UN SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS

Las mejores intenciones de educar, ponerse a su servicio y captar el apoyo de la comunidad están predestinadas al fracaso si no se acom-

pañan de un cuidadoso seguimiento destinado a prevenir y resolver los problemas, quejas y preocupaciones de la comunidad. Pueden desarrollarse y oficializarse estrategias minuciosas destinadas a identificar en la comunidad fuentes de ansiedad, temores y hostilidad. A través de relaciones activas con los líderes comunitarios y con los residentes puede favorecerse la expresión de problemas, que pueden diferir de una ciudad a otra o de un Estado a otro.

A nivel de tratamientos de mantenimiento con metadona, son especialmente importantes los problemas relacionados con el callejeo de los pacientes, la derivación de metadona al mercado negro y la venta de drogas en las proximidades del centro. Es beneficioso que los responsables del tratamiento con metadona tomen medidas que pueden incluir rondas efectuadas por miembros del equipo y/o de seguridad, poner a disposición una línea telefónica especial para la comunidad, así como cualquier otro proceso que favorezca un control de las zonas inmediatamente adyacentes al centro y las zonas residenciales, comerciales y recreativas de las proximidades. Una detección precoz del callejeo y otros comportamientos similares permite al centro atajar el problema antes de que alcance proporciones que inciten a quejas por parte de la comunidad.

Puede considerarse la posibilidad de que miembros del equipo efectúen rondas, especialmente en aquellos días en los que está programada la visita de la mayoría de los pacientes al centro. A través de ellas se tendrá la oportunidad de observar zonas en las que los pacientes pueden aglomerarse, tales como parques y establecimientos *fast-food*. Manteniendo un respeto de la confidencialidad del paciente, estas rondas deben ser de observación y no de intervención. Debería mantenerse un diario en el que se registre un resumen de las observaciones de las patrullas del equipo. Éste puede visitar a los comerciantes y otros miembros representativos de la comunidad para mostrar un interés por sus problemas, así como para obtener informaciones sobre el callejeo de los pacientes y otros problemas similares. La presencia del equipo sirve para recordar a los pacientes que el callejeo y otros comportamientos similares tienen un efecto negativo y para demostrar a los miembros de la comunidad el compromiso activo del programa por su seguridad y bienestar.

Puede identificarse a aquellos pacientes que sean vistos implicados en comportamientos ilegales u ociosos en el barrio. El PMM puede desarrollar estrategias y un reglamento detallado y coherente referido al callejeo, la derivación de metadona hacia el mercado ilegal o el tráfico de drogas. Ante todo, tales estrategias y reglamentos permiten la identi-

ficación del callejeo como un problema clínico, que se traduce en un problema administrativo si se produce repetidamente o por parte de un número significativo de pacientes. El callejeo de los pacientes y los comportamientos ilegales en el barrio son indicativos del estilo de vida de los pacientes o de sus progresos en el tratamiento y tienen implicaciones en el proceso terapéutico. Un paciente puede ser un solitario sin domicilio fijo ni empleo; puede instalarse en un parque del barrio para beber; o bien callejear con la finalidad de socializarse, o también para estar activamente implicado en la venta o adquisición de drogas ilegales. Para ciertos pacientes, el callejeo puede ser una consecuencia de la falta de domicilio o la ausencia de quehaceres cotidianos. Los programas que experimentan una dificultad para controlar el callejeo de los pacientes deberían estudiar la posibilidad de financiar y desarrollar un modelo del tipo hospital de día para proporcionar una estructura y un nivel de tratamiento más intensivo.

Los pacientes que son vistos callejeando por el barrio pueden ser eficazmente aconsejados, adaptándonos a la naturaleza del incidente. Puede desarrollarse un plan terapéutico que implique la corrección de tales comportamientos y el registro de los cambios operados. La reiteración del callejeo, a pesar de una revisión del plan terapéutico, podría conducir al paciente a perder privilegios en el tratamiento, a ser transferido o situado en un marco terapéutico más apropiado.

El tratamiento de aquellos pacientes que han sido vistos vendiendo drogas o metadona en las proximidades del centro debería ser interrumpido. Aunque ello vaya en contra del principio del tratamiento voluntario, los pacientes que no quieran colaborar en los esfuerzos del programa para ser aceptados por la comunidad pueden ser transferidos a otro centro mejor equipado para controlar los aspectos comportamentales individuales de los pacientes.

La interrupción del tratamiento suele ser eficaz para erradicar el impacto negativo a nivel de la comunidad del callejeo y otros comportamientos sobre el PMM; ciertos Estados proponen incluso esta medida como respuesta a las preocupaciones de la comunidad. Puede considerarse la interrupción del tratamiento como una respuesta al callejeo; sin embargo, previamente a esta decisión deberían evaluarse las consecuencias que ello comportaría a nivel individual para el paciente y a nivel de la salud pública, comparadas con las necesidades del programa de mantener una estabilidad en su entorno y mantener la accesibilidad de los servicios emplazados en la comunidad a todos los pacientes que en ella residen. Las medidas aplicadas al callejeo, que culmi-

nan con la interrupción del tratamiento, pueden establecerse según una progresión gradual, incorporando el derecho del paciente a una escucha y un trato imparcial durante el proceso.

Puede entregarse a los representantes locales de la comunidad la tarjeta de visita del centro en la que se incluya el nombre y número de teléfono de los miembros del equipo a los que llamar en caso de callejeo u otros problemas que puedan implicar a los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Sin embargo, el programa debería clarificar el papel que puede asumir al responder a solicitudes de asistencia por parte de la comunidad, de forma que se atenúen sus expectativas. Debería recalcar el hecho de que el programa no puede asumir la función de la policía frente a ciertos problemas; en caso de emergencia y de asunto delictivo, debería contactarse a la policía y no al programa.

Las relaciones entre el PMM, el barrio, las patrullas comunitarias y el personal representante de la ley pueden ser un elemento esencial para pulir los vínculos con la comunidad, en particular cuando se trata de programas que se esfuerzan en resolver los problemas de callejeo y similares. Dado que la policía suele mostrarse favorable a ello, los programas pueden cultivar relaciones que serán efectivas para contrarrestar los prejuicios de ciertos miembros de la policía que ven los servicios de tratamiento con metadona como un enemigo. Pueden hacerse esfuerzos para diferenciar a los que están en tratamiento de los usuarios de drogas activos, y para ayudar a la policía a ver los PMM como un aliado de su trabajo. La policía puede ser instruida sobre las actividades de un PMM, partiendo de la base de que la policía y los programas de tratamiento comparten el objetivo común de resolver los problemas relacionados con la drogodependencia en la comunidad. Los problemas comunitarios —como la venta de droga— identificados a través de las rondas del equipo pueden ser comunicados a las instancias legales apropiadas. Puede animarse a los agentes locales de policía a que contacten el programa en relación con problemas que impliquen potencialmente a pacientes del programa. Dado que la confidencialidad está por encima de todo, esta relación debe ser cultivada con precaución y establecida con una perfecta comprensión del mandato del PMM en el sentido de respetar la confidencialidad del paciente.

Toda queja por parte de la comunidad, independientemente de su validez, debe ser considerada seriamente y conllevar una respuesta. Toda acción del PMM consecutiva a una queja por parte de la comunidad debe ser documentada. El director del programa o el delegado de rela-

ciones comunitarias, ante una queja e independientemente de que los miembros de la comunidad la expresen oralmente o por escrito, puede acusar su recepción de forma verbal e indicar por escrito, siempre que ello sea posible, la intención del programa de investigar y buscar una solución al problema. Si es necesario, el equipo puede organizar un encuentro con los interlocutores comunitarios relevantes para debatir sobre el problema, y animarlos a proponer posibles soluciones. Dentro de las limitaciones de la confidencialidad de los pacientes, la respuesta a la queja puede ser documentada por escrito, resumiendo las acciones relevantes emprendidas por el programa o los impedimentos que han limitado su respuesta.

## DOCUMENTAR LAS ACCIONES ORIENTADAS HACIA LA COMUNIDAD

Los esfuerzos del programa destinados a establecer fructíferos contactos comunitarios, educación, servicios, así como a resolver problemas comunitarios pueden ser registrados. Se podría desarrollar y actualizar periódicamente una base de datos con las informaciones relacionadas con las relaciones con la comunidad. Con frecuencia, los datos relacionados con el lugar de residencia pueden demostrar a los líderes comunitarios que los pacientes son realmente miembros de la comunidad. Podrían mantenerse estadísticas sobre el lugar de residencia de los pacientes (p. ej., listas de direcciones ordenadas según el código postal, padrón municipal, distrito sanitario, etc.), las rondas del personal en el vecindario, el número de pacientes implicados en las medidas contra el callejeo, el número y naturaleza de las quejas recibidas por parte de la comunidad, así como el número de tratamientos interrumpidos por causa de callejeo, derivación de la metadona hacia el mercado ilegal y otros incidentes comunitarios.

También puede anotarse las visitas a los representantes y comerciantes locales, y resumirse la participación de miembros del equipo en encuentros y eventos comunitarios. Particularmente, deben conservarse las cartas y comunicados que expresen quejas por parte de la comunidad y las respuestas a las mismas.

La dirección del PMM puede evaluar periódicamente la documentación relativa a los esfuerzos orientados a mejorar las relaciones con la comunidad. Con el tiempo, un análisis de la misma puede hacer emerger aspectos en los que las relaciones con la comunidad o la resolución de problemas son deficientes, requiriendo entonces una revisión en la estrategia o en el funcionamiento del programa. Estas informaciones

constituyen una importante recopilación de evidencias que demuestran el compromiso del programa en servir, relacionarse y funcionar como un miembro comunitario de pleno derecho.

## RESUMEN

Como miembros de la comunidad, al servicio de ella y en mutua influencia, los PMM pueden dirigir y planificar sus actividades más allá del marco clínico establecido. La oposición y resistencia que tradicionalmente ofrece la comunidad a los programas y a sus pacientes incita a un enfoque global de los contactos y relaciones comunitarios. Los PMM pueden dedicar objetivos, procesos y esfuerzos a instaurar un plan efectivo de relaciones comunitarias que favorezca la ubicación adecuada del centro y un conocimiento de los representantes y sistemas comunitarios. Este plan puede incluir relaciones y contactos importantes con los líderes comunitarios, acciones educativas, servicios dirigidos a la comunidad, una respuesta a las preocupaciones del vecindario, así como un registro de los esfuerzos del programa orientados hacia la comunidad. Si se efectúan de un modo sistemático y global, estos esfuerzos pueden servir para que el PMM se constituya como un aceptado e indispensable miembro de la comunidad.

## RECOMENDACIONES

- Tener en cuenta, al establecer un programa, las necesidades de la comunidad y el impacto que pueda tener sobre ella.
- Asegurarse de que el aspecto físico del centro sea limpio y ordenado y que su disposición no perturbe la circulación de los peatones.
- Identificar los líderes de la comunidad (tanto los que representen a la comunidad en la que el centro esté situado, como a los de aquellas a las que el centro presta sus servicios), y establecer contactos interpersonales, coordinación, educación y/o asociaciones con las siguientes personas:
  - Los representantes políticos.
  - Los directores de servicios locales sanitarios, de drogodependencias y sociales.
  - Los líderes de organizaciones empresariales.
  - Los directores de los servicios de planificación comunitaria y sanitaria.
  - Los líderes de las asociaciones vecinales.
  - La policía local y los representantes de la ley.
  - Los líderes espirituales y religiosos.

- Desarrollar y mantener un plan de relaciones públicas dirigido a su comunidad y adaptado a las particularidades y necesidades del programa:
  - Establecer una coordinación con los representantes comunitarios para compartir información relativa al programa y la comunidad y sus respectivos problemas.
  - Identificar a los miembros del equipo que asumirán la coordinación de las relaciones con la comunidad y definir los objetivos y procesos del plan de relaciones con ella.
  - Ofrecer el servicio como recurso comunitario, en lo que se refiere a drogodependencias y problemas sanitarios y sociales relacionados.
  - Desarrollar estrategias para mantenerse a la escucha de las preocupaciones de la comunidad con respecto al tratamiento de mantenimiento con metadona y la presencia del centro en la comunidad.
  - Desarrollar una política y unos procesos para abordar o resolver de un modo efectivo los problemas de la comunidad (incluyendo el callejeo de los pacientes y la derivación de la metadona hacia el mercado ilegal), y asegurarse de que las actividades del programa no afecten negativamente la vida comunitaria.
- Registrar los esfuerzos centrados en las relaciones con la comunidad y los contactos con la misma, evaluarlos a lo largo del tiempo, y corregir los problemas o deficiencias más destacados.

## BIBLIOGRAFÍA

GENEVIE, L.; STRUENING, E.L.; KALLOS, J.E.; GEILER, I.; MUHLIN, G.L. and KAPLAN, S. Urban community reaction to health facilities in residential areas: Lessons from the placement of methadone facilities in New York City. *International Journal of the Addictions* 23 (6): 603-616, 1988.

HAWKINS, D.J. Community characteristics associated with treatment outcome. In: Cooper, J.R.; Altman, F.; Brown, B.S. and Czechowicz, D., eds. *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. National Institute on Drug Abuse Treatment Research Monograph. DHHS Pub. No. (ADM)97-1281. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1983. pp. 680-700.

LOWINSON, J.H. and LANGROD, J. Neighborhood drug treatment centers, opposition to establishment: Problem in community medicine. *New York State Journal of Medicine* 75(5) (April): 766-769, 1975.

RUIZ, P.; LANGROD, J. and LOWINSON, J.H. Community acceptance of addiction treatment programs: A contemporary perspective. In: *Critical Concerns in the Field of Drug Abuse: Proceedings of the Third National Drug Abuse Conference, 1976*. New York: Marcel Dekker, Inc., 1978.



## INTRODUCCIÓN

El presente *Manual Americano de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona* corresponde a la culminación de un esfuerzo financiado por el *Center for Substance Abuse Treatment de la SAMSHA*<sup>1</sup> y dirigido por Mark W. Parrino. Constituía una necesidad urgente explicar a nivel nacional a planificadores políticos, clínicos y responsables de programas tanto lo que se está haciendo como lo que puede y debería hacerse para tratar adecuadamente la adicción a la heroína mediante el tratamiento de mantenimiento con metadona. También esperamos que este manual sirva para convencer a diversos grupos de lectores de que es prudente, no solamente a nivel ético y financiero, sino también a nivel humano, el garantizar el acceso a un tratamiento de mantenimiento con metadona de calidad a todo adicto a la heroína que lo acepte y desee recibirlo en una orientación a largo plazo.

Los redactores y revisores de este manual son todos veteranos expertos que durante largos años se han visto implicados en diversos aspectos del desarrollo, la oferta y la crítica de los tratamientos de mantenimiento con metadona. La colegialidad que ha presidido la creación de este manual ilustra el espíritu constructivo que se ha desarrollado en nuestro terreno del tratamiento, la prevención y la investigación de las enfermedades adictivas. Es posible que una correcta percepción de la necesidad de neutralizar actitudes negativas hacia el tratamiento o la investigación en este campo, así como una toma de conciencia de la estigmatización que sufre la población de pacientes atendidos, contribuya a generar esta habilidad para trabajar estrechamente unidos, desarrollar un consenso cuando ello es necesario y mantener un espíritu común subyacente a todos

---

1. SAMSHA: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.

los esfuerzos. Además, en este esfuerzo por alcanzar los objetivos comunes de incrementar nuestro conocimiento sobre las bases de la adicción y de ofrecer un tratamiento humano a los que ya sufren de una enfermedad adictiva, nuestros colegas son profundamente conscientes de la limitación y disminución de los recursos disponibles.

Esperamos que las directivas de este manual sean seguidas, modificadas y ampliadas a medida que cambien los conocimientos y el contexto, aunque conservando una preocupación por promover el desarrollo de buenos PMM que sean juzgados por el público en función de su eficacia y sus resultados, más que aisladamente sobre bases financieras o reglamentarias.

## REFLEXIONES SOBRE LAS PRIMERAS INVESTIGACIONES SOBRE EL MANTENIMIENTO CON METADONA (1964-73)

Tal y como se ha detallado en el segundo capítulo, en 1963 el Profesor Honorario Vincent Dole —siendo entonces un clínico activo e investigador de laboratorio en la *Rockefeller University*— fue nombrado por el Dr. Lewis Thomas presidente interino del *Narcotics Subcommittee of the Health Research Council* de la ciudad de Nueva York. En aquel momento, el Dr. Dole, evaluando las necesidades de la ciudad a nivel de salud pública, llegó a la conclusión de que el mayor problema de salud al que estaba confrontada tanto la ciudad como la nación, en términos financieros y humanos, era la dependencia de la heroína. Decidió modificar la orientación de su propio laboratorio, dedicado en aquella época a la hipertensión, el metabolismo lipídico y la obesidad, para centrarse en el problema de la adicción a la heroína. En años posteriores reorientaría sus esfuerzos hacia otra enfermedad adictiva, el alcoholismo. Contrató a la Dra. Marie Nyswander, que había acumulado una gran experiencia en intentos de tratar la adicción a la heroína trabajando en el *U.S. Public Health Service Hospital* de *Lexington, Kentucky*, así como en el *Bellevue Hospital* de Nueva York y en otras atribuciones como psiquiatra. La Dra. Marie Nyswander, autora del libro *El adicto a la heroína como paciente*, que se convirtió en una obra muy significativa para el Dr. Dole, se reunió con él en enero de 1964.

En otoño de 1963 y con la autorización del Presidente del Departamento de Medicina, el Dr. Dole visitó el *New York Hospital - Cornell Medical Center* con la finalidad de reclutar a uno o dos residentes de primer año interesados en unirse a él en el entonces llamado *Rockefeller Institute for Medical Research* e implicarse en sus investigaciones iniciales sobre tratamiento de la adicción a la heroína. Tras un largo

proceso de entrevistas de selección tuve la suerte de ser elegida. Tuve el privilegio de integrarme al equipo del Dr. Dole como primer jefe clínico en medicina interna en el *New York Hospital - Cornell Medical Center Program* para poderme dedicar a una investigación opcional (que se inició en 1964) en lo que posteriormente sería llamada la *Rockefeller University*.

La Dra. Nyswander pasó a ser la mentora del Dr. Dole y de mí misma. Empezamos a estudiar los problemas comportamentales y médicos del adicto a la heroína y, lo que es más importante, aprendimos de la Dra. Nyswander a escuchar a los pacientes. Tras haber asimilado entre los tres las publicaciones disponibles sobre farmacología de opiáceos, nos dedicamos a formular las cuestiones que se planteaban y a definir los objetivos de nuestros primeros esfuerzos. El primer objetivo, el más urgente y específico, fue el desarrollo de un método de tratamiento de la adicción a opiáceos que tuviera, como mínimo, un grado moderado de éxito. Las cuestiones de investigación específicas articuladas con este objetivo se relacionaban en parte con esta necesidad práctica, pero se iniciaban con una cuestión mucho más fundamental, que mi propio laboratorio y muchos otros aún hoy siguen abordando: ¿Cuáles son las bases biológicas de las enfermedades adictivas?

Un estudio cuidadoso de la literatura clínica entonces disponible, incluyendo tanto estudios como observaciones clínicas, indicaba claramente que menos del 30 % de los adictos de larga evolución habían sido tratados con éxito mediante alguno de los métodos empleados hasta entonces. Esencialmente, éstos consistían en varios modelos de tratamiento «libre de drogas» u orientados hacia la abstinencia, así como intentos de tratamiento con opiáceos de acción breve como la propia heroína o la morfina. Estos estudios iniciales, poco numerosos, incluían rigurosos estudios de seguimiento de todos los pacientes voluntarios y prisioneros admitidos entre 1936 y 1941 en el *U.S. Public Health Service Hospital and Research Unit* de *Lexington, Kentucky*, así como estudios previos efectuados en los Estados Unidos y en Europa. Todos estos estudios nos sugirieron desde el principio de nuestro trabajo la posibilidad de que en la adicción a la heroína existiera una base metabólica.

En tiempos más recientes, nuestro grupo de investigación —junto con otros— ha modificado esta hipótesis para sugerir que podría haber una base metabólica para la adicción a la heroína y otras enfermedades adictivas específicas y que esta base metabólica puede incluir alteraciones neuroquímicas neuro-inducidas, en particular, cambios en los sistemas de los ligandos y receptores que pueden persistir durante largos

períodos o acabar siendo permanentes. En ciertos casos, o en su mayoría, puede haber también una predisposición genética subyacente o una vulnerabilidad a la adicción instaurada tras una exposición inicial a ciertos tipos específicos de drogas u otros agentes químicos de abuso.

Nuestro objetivo principal en 1964 fue reproducir estudios precedentes efectuados en *Lexington* y en varios otros centros de investigación que habían ensayado el uso de narcóticos de acción breve —como la heroína o la morfina— para tratar la dependencia de opiáceos. La morfina, al igual que había ocurrido en todos los estudios precedentes, demostró rápidamente (a las pocas semanas) ser un agente farmacoterapéutico indeseable debido a su breve duración de acción, que requería la administración de 4 a 6 dosis al día, a la ausencia de una biodisponibilidad mantenida tras la administración oral —conduciendo a la necesidad de una administración parenteral— y a la rápida tolerancia que se desarrolla. El efecto deseado —prevenir los síntomas de abstinencia opiácea— requería un incremento regular de la dosis (similar a la tolerancia a los efectos analgésicos o de supresión del dolor que aparece cuando la morfina es administrada de un modo crónico para tratar el dolor). Otros objetivos de una farmacoterapia eficaz, incluyendo la reducción o supresión del «hambre de drogas» o apetencia, y la reducción o eliminación de comportamientos de búsqueda y uso de drogas ilícitas, no pudieron ni siquiera ser evaluados en aquél contexto debido a la farmacodinámica de una droga de acción corta (la morfina) y al rápido y constante incremento de la tolerancia.

## EL DESARROLLO DEL MANTENIMIENTO CON METADONA COMO UNA MODALIDAD TERAPÉUTICA

Desde los inicios de nuestro trabajo conceptualizamos las características del agente farmacoterapéutico ideal para el tratamiento de la adicción a la heroína. Debía ser un fármaco que:

1. Tuviera un perfil farmacocinético de larga duración de acción en el hombre, que proporcionara niveles plasmáticos mantenidos sobre un largo período de tiempo (idealmente, igual o superior a un día, en relación con una vida media plasmática igual o superior a 24 horas).
2. Fuera eficaz por administración oral, tanto para alejar al adicto del riesgo real de contagio de enfermedades (por aquél entonces las «hepatitis infecciosas», actualmente las hepatitis B, C, delta y la infección por el VIH) como para reducir comportamientos de concentración de adic-

tos para compartir material de inyección, siendo el uso de drogas la única base de sus relaciones.

En 1964 no existían tecnologías analíticas específicas —como la cromatografía líquida y gaseosa, la espectrometría de masas o el radio-inmuno-ensayo— que permitieran medir los niveles plasmáticos o sanguíneos de opiáceos exógenos como la heroína, su principal metabolito —la morfina— o la metadona. La evaluación de la duración de acción de estas sustancias sólo podía hacerse sobre la base de observaciones clínicas.

La metadona fue estudiada previamente por diversos grupos como un potente agente analgésico, y tales estudios sugerían que era de acción corta, con una duración de acción para el alivio del dolor similar a la de la morfina o la heroína. Sin embargo, experiencias clínicas precedentes —como la de la Dra. Nyswander en los hospitales de *Lexington* y *Bellevue* en la ciudad de Nueva York, así como las que tuve trabajando como estudiante de medicina de la *Columbia University* en el pabellón de desintoxicación de *Bellevue*— nos habían sugerido la posibilidad de que la metadona tuviera una duración de acción más prolongada para el deseado efecto de prevenir los síntomas de abstinencia opiácea. Además, algún prudente estudio sobre el potencial uso de la metadona en el tratamiento del dolor había sugerido que la administración de dosis repetidas durante un período de 24 horas causaba aparentemente una acumulación de la droga, conduciendo a un efecto indeseable de depresión respiratoria. Estas limitadas experiencias clínicas, en las que la metadona había sido usada tanto para desintoxicar adictos como para controlar el dolor, sugirieron que la metadona era eficaz por vía oral, es decir, que su absorción oral se traducía en una biodisponibilidad sistémica significativa. En consecuencia, se decidió investigar si la metadona podía ser empleada para estabilizar a los adictos a la heroína activos con una única dosis diaria estable y así prevenir simultáneamente la sintomatología de abstinencia, el «hambre de droga» o apetencia y los comportamientos de búsqueda de drogas con el consecuente uso ilícito de heroína.

El resto de la historia de nuestras investigaciones iniciales y la introducción de la metadona como una modalidad de tratamiento para la adicción a la heroína han sido descritos en este manual y en la literatura sobre investigación clínica. Nuestra experiencia se basó en un protocolo de tratamiento que comportaba la administración de una única dosis diaria de 20 a 40 mg diarios de metadona oral; la dosis inicial dependía de la estimación del grado de dependencia alcanzado por cada pacien-

te, evaluado individualmente. Tras la introducción del tratamiento, se aumentaba la dosis a base de pequeños incrementos una o dos veces por semana hasta una estabilización a una dosis diaria de 60 a 100 mg de metadona al día. A partir del inicio del tratamiento, comprobamos que los adictos crónicos a la heroína no presentaban ni signos de abstinencia ni signos de efecto narcótico alguno, tales como euforia o somnolencia, y ello ni siquiera en el momento del pico máximo de efecto del tratamiento.

Cuando la dosis inicial de metadona es determinada correctamente y su incremento se hace a un ritmo suficientemente lento para que se desarrolle una tolerancia tras cada incremento, el paciente en tratamiento de mantenimiento con metadona no debería percibir efecto narcótico alguno. Asimismo, en la mayoría de los sujetos —tanto en este estudio inicial como en muchos otros subsecuentes— se encontró que los síntomas de abstinencia de narcóticos eran prevenidos durante el intervalo de 24 horas entre las dosis. Sin embargo, en ciertos pacientes pueden aparecer síntomas de abstinencia antes de que finalice el intervalo de 24 horas debido a enfermedades hepáticas severas. Hallazgos inesperados en estudios ulteriores mostraron que, en pacientes con una hepatopatía severa, la disminución en la biodisponibilidad sistémica de metadona era debida en realidad a una reducción en la capacidad del hígado de almacenar metadona, y ello a pesar de que la biotransformación hepática de la metadona pudiera estar retardada. Por otra parte, la disminución de la biodisponibilidad también puede ocurrir como consecuencia de interacciones metabólicas, como es el caso del abuso crónico importante de alcohol o del uso de agentes terapéuticos como la fenitoína o la rifampicina, que aceleran la biotransformación de la metadona por aumento de la capacidad enzimática microsomal.

## ESTUDIOS INICIALES SOBRE LAS INTERACCIONES ENTRE METADONA Y DROGAS ILÍCITAS

Los primeros estudios sobre el uso de metadona, iniciados en febrero de 1964 y realizados a lo largo de los meses siguientes, demostraron que la metadona podía ser eficaz, siendo administrada en una dosis diaria única, en la prevención de los síntomas de abstinencia y de la llamada «hambre de droga» o apetencia, específicamente en lo que a consumo de opiáceos se refiere. Nuestro pequeño equipo de investigación se preguntó rápidamente si el adicto a la heroína en tratamiento con metadona presentaría o no un riesgo de retornar a la calle, es

decir: «¿Correría el adicto un riesgo de sufrir una sobredosis de opiáceos si, superponiéndola a la base del tratamiento con metadona, se auto-administraba una dosis de heroína ilícita?»

En consecuencia, se desarrollaron dos ensayos clínicos sobre 4 semanas de duración y en distribución randomizada (protocolo del cuadrado latino) en los cuales se inyectaba por vía intravenosa y a dosis crecientes heroína, morfina, hidromorfina, la propia metadona y suero salino, añadidos a una base de dosis estabilizada de metadona, y ello sin que ni el sujeto ni el investigador clínico conocieran lo que se administraba («doble ciego») durante la totalidad el estudio. Al finalizar el mismo y ser descifrados los códigos, se encontró que los adictos crónicos a la heroína no experimentaron efecto alguno tras la inyección intravenosa de los narcóticos mencionados, con la excepción de aquellos días en que había sido administrada morfina. Entonces, referían sensación de picor y preguntaban «¿Dónde está el *flash*?» y «¿Dónde está la euforia?», dado que a la sensación de picor no le seguía efecto narcótico alguno, tal y como podría haber sido anticipado sobre la base de sus experiencias previas cuando no recibían tratamiento de mantenimiento con metadona. A partir de estos estudios, concluimos que el grado de tolerancia narcótica desarrollado por una dosis de mantenimiento de 60 a 100 mg de metadona al día proporcionaba también una tolerancia cruzada con otros narcóticos. Es decir, que opiáceos de acción corta, como la heroína y la morfina, a dosis similares o incluso superiores a las que podían ser consumidas ilícitamente en la calle, no comportaban la percepción de efecto narcótico alguno.

Estos ensayos clínicos, conducidos en el marco controlado de nuestro centro de investigación clínica del hospital de la *Rockefeller University*, han sido repetidos posiblemente más veces que cualquier otro ensayo clínico en la historia de la ciencia médica. Sin embargo, la mayoría de estos «estudios repetidos» han sido realizados a nivel ambulatorio, cuando los sujetos intentaban verificar si podían revertir el llamado «bloqueo» proporcionado por la tolerancia cruzada inducida por la metadona a una dosis adecuada. Este bloqueo de los efectos agudos de euforia (o *flash*) producidos por autoadministración ilícita de heroína u otro opiáceo de acción corta constituye un mecanismo de tratamiento adicional a través del clásico «descondicionamiento» y tiene como consecuencia una extinción de los comportamientos de búsqueda de droga en los adictos crónicos a la heroína tratados con metadona. Este efecto constituye la base de un principio terapéutico separado, aunque concomitante, sugerido previamente por A. Wikler (*U.S. Public Health Service Hospital, Lexington, Kentucky*). Entre un 70 y un 80 % de todos

nuestros pacientes, anteriores y actuales, toman o quieren tomar la decisión de renunciar a los efectos narcóticos o *flash* que pueden aparecer tras la administración de un opiáceo de acción corta, tal como la heroína, en beneficio del sentimiento de normalidad que les proporciona la dosis estabilizada del tratamiento de mantenimiento con metadona. La normalización psicológica ocurre igualmente —como determinaron ciertos estudios clínicos posteriores desarrollados rigurosamente— durante un tratamiento de mantenimiento con metadona a dosis estable y a largo plazo.

## ASPECTOS DESTACADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA (1973 - 92)

Si bien en los tiempos de nuestro estudio inicial en 1964 ya debatíamos con frecuencia y a un nivel teórico la probable existencia de receptores opiáceos específicos, éstos no fueron completamente descritos hasta 1973 por S. Snyder (*Johns Hopkins University*), E. Simon (*New York University*) y L. Terenius (Universidad de *Uppsala*, Suecia). Los trabajos iniciales de V.P. Dole (*The Rockefeller University*), W. Martin (*U.S. Public Health Service Hospital, Lexington, Kentucky*), A. Goldstein (*Stanford University*) y otros autores contribuyeron a la elucidación de la existencia de receptores opiáceos específicos. Actualmente, sabemos que existen por lo menos tres tipos de receptores opiáceos específicos: mu, delta y kappa, pudiendo cada uno de ellos dividirse en diferentes subtipos. También sabemos que la metadona se liga principal o exclusivamente a los receptores opiáceos tipo mu. Tal y como se utiliza en un tratamiento de mantenimiento apropiado, la metadona proporciona una saturación estable de estos receptores.

Al inicio de los años setenta, algunos estudios en los que empleábamos técnicas analíticas desarrolladas por mi grupo, mostraron que los niveles plasmáticos de metadona se mantenían relativamente estables durante 24 horas, y que la concentración máxima apenas alcanzaba el doble de la concentración de equilibrio. El perfil farmacocinético aplanado de la metadona, cuando es utilizada a dosis estables y adecuadas, es claramente diferente del de la heroína o de la morfina y garantiza un estado de saturación estable de los receptores opiáceos específicos.

Este estado de saturación estable de los receptores opiáceos durante el tratamiento de mantenimiento con metadona permite una normalización de numerosas funciones psicológicas que se encuentran significativamente perturbadas por el efecto de «alternancia» de opiáceos de



acción corta como la heroína. Algunas de las importantes funciones fisiológicas que se encuentran perturbadas durante los ciclos de adicción a la heroína son el sistema de respuesta al estrés del eje hipotalámico-hipofisario-adrenérgico, las hormonas sexuales del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal y varios índices de la función inmune relacionadas con, o moduladas por la función neuroendocrina. Igualmente, la función gastrointestinal también puede verse significativamente alterada por el uso de opiáceos de acción corta a través de los receptores opiáceos del sistema nervioso enteral, así como a nivel de las zonas del sistema nervioso central que controlan la motilidad gastrointestinal.

Se han efectuado numerosos estudios prospectivos a largo plazo, con un tiempo de observación igual o superior a los 3 años, diseñados para analizar la seguridad médica y la eficacia de un tratamiento crónico con metadona, el estado físico de los adictos a la heroína admitidos en tratamiento y los efectos de la metadona a nivel fisiológico tras una administración crónica, habiendo conducido a muchos hallazgos importantes. Éstos han proporcionado indicaciones a los investigadores científicos en su exploración del papel que tienen los opioides endógenos o *endorfinas* (es decir, los componentes del propio organismo similares a los opiáceos, que incluyen a las enkefalinas, dynorfinas y beta-endorfinas), tanto en la fisiología normal como en estados patológicos.

Diversos estudios efectuados en nuestro laboratorio se han centrado en el posible papel de este sistema opiáceo endógeno (es decir, los péptidos opiáceos endógenos y sus receptores específicos) en los fundamentos biológicos de la adicción. Disponemos de un número creciente de informaciones derivadas de la investigación sobre la función de este sistema en la fisiología normal y en diversos estados patológicos. Nuestros datos actuales sugieren que el sistema opioide endógeno sufre una profunda perturbación durante los ciclos de adicción a la heroína y que acaba normalizándose a través de un tratamiento de mantenimiento con metadona crónico y a dosis estable. Algunos de nuestros recientes hallazgos sugieren que la cocaína perturba el sistema opioide endógeno, abriendo perspectivas de considerable interés. Según otros estudios, tanto nuestros como de otros grupos, ciertas funciones del sistema opioide endógeno podrían ser perturbadas de un modo similar por el alcohol. De este modo, investigaciones que empezaron como parte de la evaluación de la seguridad del mantenimiento crónico con metadona han conducido progresivamente a pistas importantes y a sólidas informaciones sobre los procesos fisiológicos, cuya perturbación puede ser intrínseca a las bases biológicas de la adicción a opiáceos y posiblemente de otras enfermedades adictivas.

A partir de nuestros estudios prospectivos iniciales sobre todos los pacientes que fueron admitidos en tratamiento de mantenimiento con metadona entre 1964 y 1966, así como a partir de estudios retrospectivos sobre todos los pacientes admitidos en tratamiento después de 1969, hemos aprendido otro hecho de una importancia capital: el mantenimiento con metadona a largo plazo es médicamente seguro. Hasta la fecha no se ha comprobado que la metadona causara toxicidad sobre ningún sistema orgánico. Este aspecto sigue siendo vigilado a través de la investigación. Los estudios de seguimiento más largos, realizados sobre pacientes mantenidos continuamente en tratamiento con metadona durante al menos 10 años, y que serán próximamente completados y publicados, están mostrando de nuevo que el uso a largo plazo de la metadona es seguro.

## DESARROLLO DE LOS PMM Y PROBLEMAS ASOCIADOS

Los éxitos iniciales de los tratamientos de mantenimiento con metadona empezaron a ser mejor conocidos en los inicios de la década de los setenta. Sin embargo, y debido a una variedad de motivos legales y culturales (ver capítulo 2), la comunidad médica establecida se mostró sumamente reticente a tratar adictos con agentes farmacoterapéuticos y el público profano estigmatizó duramente a estos pacientes. A pesar de ello, los éxitos evidentes del tratamiento de mantenimiento con metadona, especialmente la reducción significativa de detenciones, animó a numerosos planificadores políticos, a clínicos y a científicos a apoyar un desarrollo ulterior de los recursos terapéuticos y a fomentar la investigación biomédica en este campo. A consecuencia de ello, ocurrió una rápida expansión de los PMM en los inicios de los setenta.

Es necesario subrayar el papel importante de numerosos personajes cuyo liderazgo permitió la expansión del tratamiento de mantenimiento con metadona. El capítulo 2 cita en varias ocasiones a los responsables federales y terapeutas clínicos que contribuyeron a la construcción de una red de programas de tratamiento de mantenimiento con metadona; a ellos deberían añadirse muchos otros, demasiado numerosos para ser mencionados, que participaron igualmente en este proceso.

Debería destacarse el hecho de que a lo largo de los años 60 los pacientes fueron tratados por primera vez en el *Rockefeller Hospital*, mientras que la mayoría de los centros existentes se dedicaban bien a proyectos de investigación, bien a proyectos piloto. Los equipos, en su mayoría, estaban interesados por su trabajo y lo conocían bien, y los pacientes

eran tratados con gran interés. Dado que no existió ninguna reglamentación federal hasta 1973, las necesidades de cada paciente solían ser tratadas mediante terapias comportamentales, planes de rehabilitación y orientación profesional, así como atención médica y psiquiátrica, con frecuencia en el mismo centro o bien por derivación a otros servicios.

Sin embargo, y confirmando ciertas inquietantes predicciones del Dr. Dole en algunas de sus publicaciones de los inicios de los setenta, el mantenimiento con metadona se expandió rápidamente porque los planificadores políticos presentaron la metadona, obviamente de manera errónea, como una panacea que podía curar todos los problemas de adicción; este punto de vista implicaba la idea de que no era necesario hacer mucho más que administrar metadona. La capacidad de los centros fue aumentada sin que se dispusiera de un personal cualificado para mantener su funcionamiento.

Al mismo tiempo (1973) y a petición del Congreso, la FDA promulgó reglamentos detallados aplicados a la oferta terapéutica, haciendo énfasis en el proceso terapéutico y en la exigencia de que se documentara la adhesión al mismo por parte del paciente, en detrimento de una evaluación de los resultados obtenidos por el paciente que permitiera discernir entre éxitos y fracasos. Se trata de la primera y única vez que la FDA ha regulado el uso de un medicamento autorizado. Esta reglamentación controlaba detalles de la práctica médica en el tratamiento de mantenimiento con metadona, incluyendo las dosis de metadona que podían ser administradas, y recomendando que la duración del tratamiento no sobrepasara los 2 años. En 1983, estas reglamentaciones fueron revisadas y se suprimió la mayor parte de las exigencias inadecuadas.

Los pacientes que presentaban problemas relacionados con el mantenimiento con metadona fueron los que más llamaron la atención del público profano. En los inicios de la segunda mitad de la década de los setenta emergieron en muchas zonas problemas como el callejeo de los pacientes, la desviación de las dosis de metadona para llevar, y comportamientos inadecuados o delictivos; todos ellos reflejaban en gran medida los problemas de los pacientes, especialmente de aquellos que presentaban dependencias concomitantes no tratadas, como el alcoholismo o la politoxicomanía, o una comorbilidad con trastornos comportamentales que requerían atención psiquiátrica.

Lamentable pero comprensiblemente, durante la segunda mitad de la década de los setenta las actitudes del público profano hacia el mantenimiento con metadona pasaron a ser extremadamente negativas en

muchas regiones. Por desgracia, muchos de estos prejuicios aún persisten en la actualidad. Posiblemente como consecuencia de estas actitudes, así como por los cambios filosóficos y económicos aparecidos en los últimos 15 años, los fondos destinados a la financiación del tratamiento de mantenimiento con metadona mantienen una disminución constante (en dólares reales) en muchas regiones. En consecuencia, con un número de pacientes que se mantiene estable o incluso que va en aumento, unos recursos financieros *per cápita* en disminución, y un énfasis en las exigencias burocráticas de unos reglamentos en evolución continua a nivel federal, estatal y local, el nivel de los programas de tratamiento ha ido desgastándose, a pesar de los esfuerzos de muchos médicos, enfermeras, terapeutas y otros responsables de la atención sanitaria que siguen en el terreno a través de los años. Las instalaciones de los centros se han ido deteriorando y, debido al constante aumento de los gastos, centros que fueron atractivos acabaron trasladándose a emplazamientos inadecuados con fachadas de almacén sin restaurar o a otros edificios no médicos, sin que hubiera posibilidades de restaurarlos.

## INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA ADICCIÓN

Otro problema que obsesionaba a los PMM confrontados a una disminución de los recursos era la deficiencia en prestaciones médicas somáticas en el propio centro, o la dificultad al acceso directo a la atención médica necesaria para abordar los problemas sanitarios a los que se confrontaban los pacientes y los equipos de los centros. A finales de los sesenta pudo definirse más correctamente la hepatitis infecciosa como hepatitis B. Se identificó el consumo de heroína inyectada como uno de los dos principales factores de riesgo de contagio y propagación de esta enfermedad; en los adictos a la heroína por vía inyectable, la prevalencia de marcadores de infección previa era superior al 80 %. A finales de los setenta se identificó retrospectivamente (tras su primera descripción en 1978) una segunda y muy peligrosa forma de hepatitis, causada por un agente de tipo viral llamado delta y que requiere una hepatitis B para poder ser infeccioso; fue identificado analizando sueros conservados de pacientes que habían participado en estudios clínicos y de los que fueron admitidos en tratamiento para su adicción a partir de 1969. Pudimos descubrir que la hepatitis delta hizo su aparición entre nuestros usuarios de drogas por vía inyectable en la ciudad de Nueva York alrededor de 1973. La prevalencia de esta enfermedad ha aumentado: en un estudio que efectuamos en 1984, cerca

del 90 % de los adictos a la heroína de la calle continuaban presentando evidencias de haber sido infectados por la hepatitis B, como lo demostraba la presencia de alguno de los marcadores de esta enfermedad, y simultáneamente cerca del 30 % presentaban evidencias de infección por hepatitis delta.

Como es bien conocido por todos, otra enfermedad —el sida— fue identificada en 1981, y poco después el agente vírico etiológico, un retrovirus llamado VIH-1, fue identificado y descrito. De nuevo, a través del análisis de muestras de sangre almacenadas desde 1969, estuvimos en condiciones de determinar que el VIH-1 alcanzó a la población usuaria de drogas por vía inyectable en la ciudad de Nueva York en 1978 y progresó rápidamente hasta 1983-84, época en la que la prevalencia de la infección por VIH-1 alcanzó del 50 al 60 % en nuestra región. Sin embargo, nuestros hallazgos fueron de una importancia capital a nivel de salud pública puesto que entre los adictos a la heroína admitidos en un programa de mantenimiento con metadona antes de que la epidemia de sida alcanzara Nueva York en 1978, menos del 10 % presentaban evidencias en 1984 de infección por VIH (anti-VIH-1 positivos), contrastando con el 50 a 60 % de prevalencia de la infección por el VIH-1 entre los adictos no tratados durante este período. El mantenimiento con metadona fue enormemente eficaz en la prevención de la infección por el VIH-1 al eliminar el uso de heroína inyectada en más del 90 % de los pacientes correctamente estabilizados, y eliminando en consecuencia la exposición a enfermedades transmitidas mediante el uso de jeringas contaminadas. Comportó igualmente una disminución significativa en el consumo de cocaína (en numerosas regiones, una prevalencia de consumo concomitante de cocaína en adictos a la heroína situada entre un 60 y un 90 % en el momento de la admisión, con una disminución a sólo un 20 al 40% durante el tratamiento de mantenimiento con metadona, según la mayoría de los estudios citados).

## EFFECTOS DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA SOBRE LA FUNCIÓN INMUNE

Según ciertos estudios efectuados en nuestro laboratorio, confirmados por otros, la función inmunológica, fuertemente perturbada entre los adictos a la heroína, acaba normalizándose a lo largo de un tratamiento de mantenimiento con metadona a largo plazo. Probablemente, este efecto se deba principalmente al abandono del uso de la inyección de sustancias extrañas con la consecuente disminución de la exposición a enfermedades, pero puede también deberse parcialmen-

te a la normalización de la función endocrina durante el mantenimiento crónico con metadona, dado que diversas hormonas modulan índices específicos de la función inmune y que la función neuroendocrina se ve perturbada durante los ciclos de adicción a la heroína. Es posible que esta normalización de la función inmune intervenga frenando el progreso de la infección por VIH-1 hacia el sida, así como la historia natural de otras enfermedades infecciosas, hepatitis B y delta incluidas.

## ESTUDIOS RELATIVOS A LAS BASES BIOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN

Hemos hecho la hipótesis de que la adicción a opiáceos y otras posibles enfermedades adictivas puedan ser debidas en parte a una sensibilidad atípica al estrés ambiental y al inducido por el comportamiento. También hemos hecho la hipótesis de que esta alteración en la capacidad de respuesta al estrés, que hemos puesto en evidencia en estudios objetivos de la función neuroendocrina en adictos crónicos a la heroína libres de todo agente farmacológico y en adictos a la cocaína recientemente abstinentes, podría de hecho contribuir a perpetuar los comportamientos de autoadministración y de búsqueda de droga. Estas respuestas anormales al estrés experimentalmente inducido incluyen una perturbación de los controles retroactivos de liberación de endorfinas, de otras hormonas relacionadas con la respuesta al estrés y de las hormonas gonadales. Tanto nuestro grupo de investigación como otros van a continuar realizando estudios sobre modelos animales, en sistemas *in vitro*, así como en marcos de investigación clínica fundamental para determinar el papel de los opioides endógenos, otros neuropéptidos y sistemas de neurotransmisión en las bases biológicas de las adicciones.

Numerosos grupos de investigación, incluyendo el nuestro, están desarrollando estudios relacionados con la posible base genética de la adicción. Nuestra propia hipótesis es que determinados alelos, normales o no, pertenecientes a diversos genes y actuando en combinación, podrían estar implicados en la génesis de una vulnerabilidad a la adicción desencadenada a partir del primer consumo del agente adictógeno. De forma paralela al progreso de estos estudios de laboratorio y de investigación clínica, extraordinariamente excitantes y provocativos, tanto nuestro grupo de investigación como otros mantendrán la búsqueda de agentes farmacoterapéuticos para el control del alcoholismo y de la dependencia de la cocaína, de forma que es

probable que crezcan las posibilidades de éxito en el manejo de estas enfermedades hasta alcanzar el nivel que se ha conseguido con el uso apropiado del tratamiento de mantenimiento con metadona. También continuaremos buscando mejores estrategias terapéuticas para tratar la dependencia de opiáceos combinada con otras enfermedades adictivas; éstas incluirán farmacoterapias novedosas, añadidas o como tratamiento principal, y combinaciones especiales de estrategias «libres de drogas».

Indiscutiblemente, los progresos en la comprensión de las bases neurobiológicas y de los factores sociológicos y ambientales que participan en la adicción a la heroína o en otras adicciones específicas —como es la dependencia de la cocaína y el alcoholismo— tendrán un valor inapreciable, no sólo para la planificación de nuevas estrategias terapéuticas sino también en la prevención primaria.

#### FACTORES QUE MEJORAN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

El hecho, demasiado frecuente, de emplear el mantenimiento con metadona con una eficacia inferior a la que podría alcanzarse constituye una de las mayores tragedias. En nuestros primeros estudios entre 1964 y 1969, y entre 1969 y 1973, mostramos repetidamente que la metadona podía ser útil en más del 80 % de los adictos crónicos a la heroína, definidos como aquellos que se habían auto-administrado heroína varias veces al día al menos durante un año, con un desarrollo de tolerancia y dependencia física. En los «buenos centros» se ha encontrado una retención voluntaria en tratamiento superior al 80 % a los 2 años o más. En ellos, menos del 10 % de los pacientes recurren al uso de heroína pasados los primeros 3 a 6 meses de estabilización en mantenimiento con metadona, y la prevalencia del abuso de cocaína pasa de un 60-90 % en el momento de la admisión a un 20-40 % durante el tratamiento con una dosis estabilizada. En otros tiempos en los que había posibilidades en el mercado laboral, se ha demostrado que más de un 60 % de estos pacientes retornaban al trabajo, a los estudios o a las tareas del hogar; si bien actualmente los porcentajes son inferiores, a causa de la crisis generalizada en la oferta de puestos de trabajo en los que nuestros pacientes puedan formarse adecuadamente, los resultados en la rehabilitación siguen siendo impresionantes. Además, muchos estudios han demostrado, comparando a los pacientes mantenidos con metadona con los adictos de la calle, una reducción durante el tratamiento del índice de detenciones y de la incidencia de hepatitis B y de infección por VIH-1.

Como ya ha sido comentado, tanto nuestros trabajos iniciales en la *Rockefeller University*, como estudios posteriores —especialmente los realizados por H. Joseph, V.P. Dole, y D. Des Jarlais, y los mucho más recientes de J. Ball y C. O'Brien y sus respectivos grupos— han mostrado que para alcanzar un nivel óptimo del tratamiento en la mayoría de los pacientes tiene que emplearse una dosis de metadona adecuada, y ello en especial durante los 2 primeros años de tratamiento. A lo largo de los meses iniciales del tratamiento, la tolerancia y la tolerancia cruzada inducida por dosis diarias de metadona de 60 a 100 mg no sólo previene los síntomas de abstinencia, la apetencia y los comportamientos de búsqueda de droga, sino que también previene, a través de un fenómeno de bloqueo o de tolerancia cruzada, cualquier efecto deseado cuando se administra paralelamente una droga de acción corta.

Las actitudes negativas y la reducción progresiva de los fondos destinados a tratamiento, irónicamente simultáneas a un incremento de la necesidad percibida de tratamiento y un incremento en el número de adictos a la heroína demandantes de tratamiento, han conducido a que muchos programas pasen a ser tan grandes y cuenten con tales limitaciones en el personal —tanto cuantitativas como a nivel de su formación— que la calidad del tratamiento en muchos centros ha ido en constante disminución. Asimismo, es demasiado frecuente el uso de dosis insuficientes de metadona. Desgraciadamente, estos problemas han conducido en alguna ocasión a dar la razón a los pronósticos pesimistas de aquellos que se oponen pasiva o activamente a la farmacoterapia de la adicción en general y al tratamiento de mantenimiento con metadona en particular. Los tres factores principales que intervienen en el éxito de un tratamiento de mantenimiento con metadona, subrayados por nuestros trabajos iniciales y por los estudios de Ball y O'Brien, son:

- la administración de una dosis adecuada de metadona,
- la adecuación del equipo terapéutico, tanto a nivel cuantitativo como en su formación,
- la preocupación del equipo por las necesidades de los pacientes, así como la estabilidad en el tiempo del equipo.

Estos tres factores están asociados con una mejora de los resultados de los pacientes.

Dada la realidad de la epidemia del sida, asociada a los problemas de las hepatitis B y delta y los problemas emergentes de la TBC y las ETS multirresistentes, cada vez es más evidente para los que trabajan en



«buenos centros» la necesidad de una oferta especial en atención sanitaria y el mantenimiento de una estrecha relación con los servicios médicos más especializados. Además, existe una necesidad continuada de atención psiquiátrica general y de una coordinación que favorezca el acceso a la atención psiquiátrica especializada. Se han efectuado pocos estudios sobre costes de atención sanitaria mediante tales modelos. Sus estimaciones groseras han sugerido de forma repetida que sería económicamente rentable ofrecer atención médica y psiquiátrica general, combinadas con las terapias y estrategias de rehabilitación en el mismo centro de mantenimiento con metadona, en lugar de disponer de servicios fragmentados, cuyo coste es superior y que, desgraciadamente, no suelen ser utilizados por los pacientes de un modo adaptado a sus necesidades. Asimismo, las contadas evaluaciones de impacto económico que han sido efectuadas han mostrado claramente que es mucho menos costoso un adicto a la heroína que siga un tratamiento eficaz, y en especial un tratamiento de mantenimiento con metadona, que un adicto en la calle que mantenga actividades delictivas para mantener su dependencia de las drogas o bien un adicto en prisión. En consecuencia, incluso para aquellos planificadores políticos o miembros de la población general que puedan no tener una visión humanística del tratamiento de la adicción a la heroína, los factores económicos deberían ser suficientemente convincentes para fomentar el apoyo al desarrollo y financiación de unos PMM de alto nivel de calidad.

## CONSIDERACIONES SOBRE LAS NECESIDADES ACTUALES Y FUTURAS

Las características esenciales de un agente farmacoterapéutico eficaz para las adicciones han sido perfiladas y la metadona, usada en mantenimiento, reúne todos los criterios en la medida en que es un fármaco:

1. oralmente eficaz;
2. de larga duración en el ser humano;
3. con un lugar de acción conocido y específico;
4. médicamente seguro en administración crónica; y
5. sin efectos tóxicos, con efectos adversos limitados y pocos efectos secundarios.

Además, el modo de acción y los criterios farmacodinámicos de un supuesto agente farmacoterapéutico de la adicción han sido definidos e

igualmente los reúne la metadona usada en mantenimiento, dado que la metadona:

1. reduce o previene la aparición de síntomas de abstinencia,
2. reduce o previene el «hambre de droga» o apetencia por la droga y
3. reduce los comportamientos de búsqueda de droga.

Todos estos criterios deben ser considerados también en los intentos de desarrollo de nuevos agentes farmacoterapéuticos para tratar la dependencia de la cocaína o del alcoholismo.

A través de 28 años de investigación fundamental y aplicada a nivel clínico y de laboratorio se ha definido el modo en que la metadona debe ser utilizada en el tratamiento de mantenimiento, y los principios básicos han sido verificados por otros estudios clínicos y de laboratorio más fundamentales. Debería emplearse una dosis adecuada de metadona en el tratamiento (habitualmente entre 60 y 100 mg/día), que no debería ser aumentada ni disminuida rápidamente; no debería recurrirse a los aumentos y disminuciones de la dosis como un sistema de contingencia para castigar o recompensar al paciente por otros comportamientos. De hecho, y debido a su acción muy retardada, a su escaso pico de concentración máxima y a su prolongada duración de acción, tales manipulaciones de la dosis no se manifestarían por ninguna consecuencia que pudiera percibirse en un plazo de tiempo razonable, con lo cual no se conseguiría el efecto realmente buscado. En cambio, modificaciones bruscas en la dosis no servirían más que para perturbar la normalización de la función fisiológica obtenida por un tratamiento con una dosis estable. Por otra parte, los PMM deberían ofrecer un apoyo terapéutico adecuado, así como otros tipos de servicios de apoyo, como orientación profesional, otros modelos de rehabilitación, estrategias para el abordaje de otras enfermedades adictivas concomitantes y atención médica y psiquiátrica en el propio centro o fácilmente accesibles.

Los equipos de los centros deberían hablar con los pacientes. En cualquier trastorno médico podemos aprender escuchando y observando a los pacientes. Este principio es especialmente cierto en lo que a las enfermedades adictivas se refiere. Cuanto más capaz sea el equipo de escuchar a sus pacientes, más eficazmente adaptará el tratamiento a las necesidades de los mismos. Este principio implica que el equipo debe estar compuesto por personas que sepan escuchar y hacer preguntas capaces de provocar respuestas que permitan profundizar

problemas específicos, necesidades y otros aspectos relacionados con la enfermedad que se está tratando. Un equipo capaz de escuchar, hacer preguntas, observar y, al mismo tiempo, ofrecer una gama amplia de servicios, en general se corresponde con el que conoce bien su profesión, se implica en ella y es humano. Son estas cualidades, menos fáciles de medir que la concentración plasmática del agente farmacoterapéutico, la presencia de drogas en orina, los niveles de unión de receptores o de péptidos, o los innumerables índices sociales y psicológicos medidos por múltiples y bien validados instrumentos de la psicología y la psiquiatría, los que determinan la competencia de un miembro de un equipo y a hacer de él un profesional humanitario.

Actualmente, las necesidades prioritarias del tratamiento de mantenimiento con metadona empiezan por cambiar las actitudes de la población general, y en consecuencia las de los planificadores políticos. Tales cambios de actitud tendrían un efecto positivo tanto a nivel de los equipos de los centros como de los pacientes, y conducirían indudablemente a un incremento de los fondos de financiación. Los cambios de actitud y el incremento de la financiación permitirían reclutar personal más cualificado y, lo que es más importante, la formación prospectiva de los miembros potenciales de los equipos en cada una de las disciplinas requeridas para alcanzar la optimización de los programas de tratamiento. Tales cambios de actitud jugarían, sin ninguna duda, un papel importante en la preparación del camino para la introducción de intervenciones farmacoterapéuticas o tratamientos crónicos para otras enfermedades. El enorme esfuerzo desarrollado en cooperación con la SAMSHA y el NIDA en la investigación de nuevas medicaciones se beneficiaría de la educación de la población general sobre los fundamentos y eficacia del tratamiento de mantenimiento con metadona y sobre la necesidad de mantener los esfuerzos para afinar este tratamiento y para desarrollar nuevos tratamientos alternativos.

Tales cambios en las actitudes hacia el tratamiento de la adicción en general, y la farmacoterapia de la adicción a la heroína con tratamiento de mantenimiento con metadona en particular, también ayudarían a los equipos de tratamiento existentes, mejorando su autoimagen y reduciendo el *burnout* («agotamiento profesional»), un problema actualmente significativo para numerosos centros. También contribuiría a mejorar la autoimagen de los pacientes y de sus familias. Uno de los acontecimientos más trágicos que ocurren actualmente en los centros es el caso de aquellos pacientes que, debido a actitudes nega-

tivas por parte de su familia o de su cónyuge, abandonan el tratamiento de mantenimiento con metadona, al cual han respondido de un modo satisfactorio, para acabar recayendo en el consumo de heroína de la calle, contagiarse por el VIH-1 y contraer el sida. Estos casos, demasiado frecuentes, constituyen una tragedia humana que puede ser atribuida a las lamentables, pero extendidas actitudes negativas hacia el tratamiento.

Para continuar progresando es esencial que se mantenga la investigación clínica y de laboratorio, así como la investigación clínica aplicada, directamente relacionada con el tratamiento de mantenimiento con metadona y otros tratamientos, y con las bases biológicas y factores que puedan influir en el inicio y persistencia de las adicciones. Sólo a través de la financiación y de un reconocimiento público e institucional del valor de este trabajo tendremos esperanzas de poder ofrecer una prevención cada vez más eficaz, unas intervenciones precoces y un tratamiento individualizado de las enfermedades adictivas que incluya tanto la farmacoterapia como otras estrategias que demuestren su eficacia en el futuro.

Es sorprendente que incluso en 1992, mientras el público profano considera el abuso de sustancias y la epidemia del sida como problemas principales en los Estados Unidos, la financiación pública destinada al tratamiento, la prevención y la investigación relacionados con el abuso de sustancias sea tan limitada. Un reciente informe del GAO (1992) subrayaba el hecho de que sólo un 32 % de los 11,6 billones de dólares invertidos en 1992 por el *National Drug Control Strategy* fueran destinados a la reducción de la demanda: 14 % para tratamiento, 14 % para prevención a nivel educativo, comunitario y laboral, y menos del 4 % para toda la investigación fundamental y aplicada a nivel clínico y de laboratorio (figura 1).

Todas las personas implicadas en el desarrollo de este manual deberían estar muy orgullosas por el trabajo realizado y deberían tener la esperanza de que será ampliamente utilizado de un modo constructivo. Pienso que, los que han contribuido en él, pueden estar incluso más orgullosos por los numerosos años de servicio que han entregado a este campo, tan necesitado de ello. Espero que la existencia de este manual anime a nuevos profesionales a dedicarse a este trabajo, que atraiga nuevos talentos y contribuya a aumentar el apoyo de los que están trabajando en este sector, cuyas necesidades son urgentes.

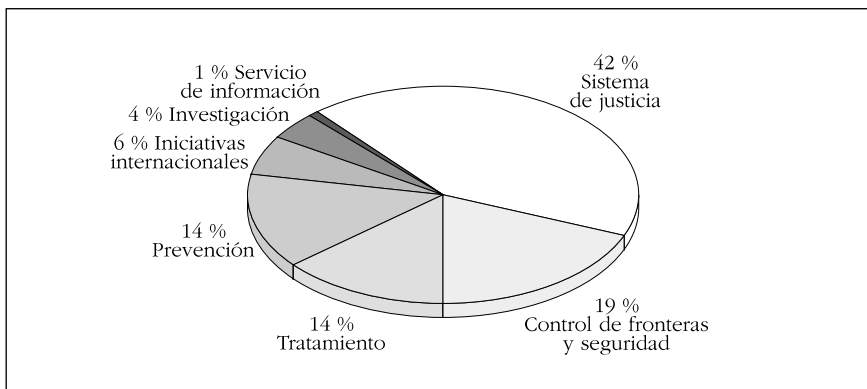


Figura 1. National Drug Control Budget Authority. Presupuesto para el año fiscal 1991. (Fuente: GAO Report Drug Abuse Research: Federal Funding and Future Needs, January 1992. Publicado originalmente por el Office of National Drug Control Policy.)

## BIBLIOGRAFÍA

CULPEPPER-MORGAN, J.A.; INTURRISI, C.E.; PORTENOY, R.K.; FOLEY, K.; HOUDE, R.W.; MARSH, F. and KREEK, M.J. Treatment of opioid induced constipation with oral naloxone. *Clinical Pharmacology and Therapy*, in press.

DES JARLAIS, D.C.; FRIEDMAN, S.R.; NOVICK, D.M.; SOTHERAN, J.L.; THOMAS, P.; YANCOVITZ, S.R.; MILDVAN, D.; WEBER, J.; KREEK, M.J.; MASLANSKY, R.; BARTELME, S.; SPIRA, T. and MARMOR, M. HIV I Infection among intravenous drug users in Manhattan, New York City, 1977 to 1987. *Journal of the American Medical Association* 261: 1008-1012, 1989.

DES JARLAIS, D.C.; MARMOR, M.; COHEN, H.; YANCOVITZ, S.; GARBBER, J.; FRIEDMAN, S.; KREEK, M.J.; MIESCHER, A.; KHURI, E.; FRIEDMAN, S.M.; ROTHENBERG, R.; ECHENBERG, D.; O'MALLEY, P.O.; BRAFF, E.; CHIN, J.; BURTENOL, P. and SIKES, R.K. Antibodies to a retrovirus etiologically associated with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in populations with increased incidences of the syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 33: 377-379, 1984.

DOLE, V.P.; NYSWANDER, M.E. and KREEK, M.J. Narcotic blockade: A medical technique for stopping heroin use by addicts. *Transactions of the Association of American Physicians* 79: 22-36, 1966.

GENERAL ACCOUNTING OFFICE. Report to the Chairman, Committee on Government Operations, House of Representatives. In: *Drug Abuse Research: Federal Funding and Future Needs*. GAO/PEMD-92-5, January 1992.

KENNEDY, J.A.; HARTMAN, N.; SBRIGLIO, R.; KHURI, E. and KREEK, M.J. Metyrapone-induced withdrawal symptoms. *British Journal of Addictions* 85: 1133-1140, 1990.

KOSTEN, T.R.; KREEK, M.J.; SWIFT, C.; CARNEY, M.K. and FERDINANDS, L. Beta-endorphin levels in CSF during methadone maintenance. *Life Sciences* 41: 1071-1076, 1987.

KREEK, M.J. Medical safety and side effects of methadone in tolerant individuals. *Journal of the American Medical Association* 223: 665-668, 1973a.

KREEK, M.J. Plasma and urine levels of methadone. *New York State Journal of Medicine* 73: 2773-2777, 1973b.

KREEK, M.J. Health consequences associated with use of methadone. In: Cooper, J.R.; Altman, F.; Brown, B.S.; and Czechowicz, D., eds. *Research in the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. National Institute of Drug Abuse Research Monograph Series. DHHS Pub. No. (ADM) 83-128. Rockville, MD:U.S. Dept. of Health and Human Services, 1983. pp. 456-482.

KREEK, M.J. Multiple drug abuse patterns and medical consequences. In: Meltzer, H.Y., ed. *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. New York: Raven Press, 1987a. pp. 1597-1604.

KREEK, M.J. Tolerance and dependence - Implications for the pharmacological treatment of addiction. In: Harris, L.S., ed. *Problems of Drug Dependence, 1986: Proceedings of the 48th Annual Scientific Meeting of The Committee on Problems of Drug Dependence*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph. DHHS Pub. No. (ADM) 87-1508. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, 1987b. pp. 53-61.

KREEK, M.J. Drug interactions in humans related to drug abuse and its treatment. *Modern Methods in Pharmacology* 6:265-282, 1990a.

KREEK, M.J. HIV infection and parenteral drug abuse: Ethical issues in diagnosis, treatment, research and the maintenance of confidentiality. In: Allebeck, P. and Jansson, B., eds. *Proceedings of the Third International Congress on Ethics in Medicine – Nobel Conference Series*. New York: Raven Press, 1990b. pp. 181-187.

KREEK, M.J. Heroin, other opiates, and the immune function. In: *Drug Abuse and Drug Abuse Research. Third Triennial Report to Congress from the Secretary, Department of Health and Human Services*. DHHS

Pub. No. (ADM) 91-1704. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, 1991a.

KREEK, M.J. Using methadone effectively: Achieving goals by application of laboratory, clinical, and evaluation research and by development of innovative programs. In: Pickens, R.; Leukefeld, C.; Schuster, C.R., eds. *Improving Drug Abuse Treatment*. NIDA Research Monograph Series. DHHS Pub. No. (ADM) 83-1281. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, 1991. pp. 245-266.

KREEK, M.J. Rationale for maintenance pharmacotherapy of opiate dependence. In: O'Brien, C.P., and Jaffe, J.H., eds. *Addictive States*. New York: Raven Press, Ltd., 1992. pp. 205-230.

KREEK, M.J.; DES JARLAIS, D.C.; TREPO, C.L.; NOVICK, D.M.; ABDUL-QUADER, A. and RAGHUNATH, J. Contrasting prevalence of delta hepatitis markers in parenteral drug abusers with and without AIDS. *Journal of Infectious Diseases* 162: 538-541, 1990.

KREEK, M.J.; DODES, L.; KANE, S.; KNOBLER, J. and MARTIN, R. Long-term methadone maintenance therapy: Effects on liver function. *Annals of Internal Medicine* 77: 598-602, 1972.

KREEK, M.J.; RAGHUNATH, J.; PLEVY, S.; HAMER, D.; SCHNEIDER, B. and HARTMAN, N. ACTH, Cortisol and beta-endorphin response to metyrapone testing during chronic methadone maintenance treatment in humans. *Neuropeptides* 5: 277-278, 1984.

KREEK, M.J.; WARDLAW, S.L.; FRIEDMAN, J.; SCHNEIDER, B. and FRANTZ, A.G. Effects of chronic exogenous opioid administration on levels of one endogenous opioid (beta-endorphin) in man. In: Simon, E. and Takagi, H., eds. *Advances in Endogenous and Exogenous Opioids*. Tokyo, Japan: Kodansha Ltd., 1981, pp. 364-366.

NOVICK, D.M.; FARCI, P.; KARAYIANNIS, P.; GELB, A.M.; STENGER, R.J.; KREEK, M.J. and THOMAS, H.C. Hepatitis D virus antibody in HBsAg-positive and HBsAg-negative substance abusers with chronic liver disease. *Journal of Medical Virology* 15: 351-356, 1985.

NOVICK, D.M.; KHAN, I. and KREEK, M.J. Acquired immunodeficiency syndrome and infection with hepatitis viruses in individuals abusing drugs by injection. *United Nations Bulletin on Narcotics* 38: 15-25, 1986.

NOVICK, D.M.; OCHSHORN, M.; GHALI, V.; CROXSON, T.S.; MERCER, W.D.; CHIORAZZI, N. and KREEK, M.J. Natural killer cell activity and lymphocyte subsets in parenteral heroin abusers and long-term metha-

done maintenance patients. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 250: 606-610, 1989.

NOVICK, D.M.; TRIGG, H.L.; DES JARLAIS, D.C.; FRIEDMAN, S.R.; VLAHOV, D. and KREEK, M.J. Cocaine injection and ethnicity in parenteral drug users during the early years of the human immunodeficiency virus (HIV) epidemic in New York City. *Journal of Medical Virology* 29: 181-185, 1989.

UNTERWALD, E.M.; HORNE-KING, J. and KREEK, M.J. Chronic cocaine alters brain mu opioid receptors. *Brain Research*, in press.





ANEXOS



ANEXO A  
REVISORES

CYNTHIA E. AIKEN, M.S.  
Executive Director  
Narcotic Drug Treatment Center Inc.  
Center for Drug Problems  
Anchorage, AK

MICHAEL E. AMARA, R.N.  
Assistant Director, Program Management Division  
Connecticut Alcohol and Drug Abuse Commission  
Hartford, CT

M. DOUGLAS ANGLIN, PH.D.  
Director  
UCLA Drug Abuse Research Center  
Los Angeles, CA

G. DEAN AUSTIN, M.A.  
Chief, Licensure Section  
Iowa Department of Public Health  
Division of Substance Abuse and Health Promotion  
Des Moines, IA

DOUG BAKER  
Chief  
Adult Services Branch  
Substance Abuse Services Section  
Raleigh, NC

JOHN C. BALL, PH.D.  
Senior Scientist and Professor  
Addiction Research Center  
Baltimore, MD

JIM BAUM, M.S., C.C.D.C.  
Program Sponsor  
Bluegrass East Comprehensive Care Center  
Lexington, KY

MAC BELL  
Program Administrator  
Division of Substance Abuse  
Frankfort, KY

DENNIS BOBO  
Controlled Substances Policy Specialist  
State Methadone Authority  
Division of Community Services  
Madison, WI

ELIZABETH R. BROWN, M.D.  
Director of Neonatology  
Associate Professor of Pediatrics  
Boston City Hospital  
Boston, MA

SALLY S. BROWN, PH.D.  
Clinical Psychologist  
Associate Director  
Project Reality  
Salt Lake City, UT

DARRYL BRUNO  
Administrator  
Dept. of Corrections & Human Services  
Alcohol and Drug Abuse Division  
Helena, MT

RICHARD CHRISTENSEN, P.A., C.A.S.  
 Director of Medical Services  
 Valle Del Sol Narcotic Treatment Project  
 Phoenix, AZ

ADDIE CORRADI  
 Special Assistant to the Director  
 New York State Office of Alcoholism  
 and Substance Abuse Services  
 Albany, NY

MICHAEL DAVID COUTY  
 Deputy Director  
 Department of Mental Health  
 Division of Alcohol and Drug Abuse  
 Jefferson City, MO

DORYNNE CZECHOWICZ, M.D.  
 Associate Director for Medical and Professional Affairs. Division of Clinical Research, NIDA Medical Affairs Branch  
 Rockville, MD

HELEN L. DANSER, R.PH.  
 Pharmacy Services Program Manager  
 Division of Mental Health  
 Department of Mental Health and Mental Retardation Services  
 Frankfort, KY

JAMES E. DELANEY, R.PH., M.P.H.  
 Methadone Compliance Coordinator  
 Substance Abuse Services Section  
 Georgia Department of Human Resources  
 Atlanta, GA

DAVID R. DIXON  
 Treatment Services Coordinator  
 STEP ONE, Inc.  
 Winston-Salem, NC

SHARON R. DOW  
 Chief  
 Planning and Policy Development  
 Alcohol and Drug Abuse Administration  
 Maryland Department of Health and Mental Hygiene  
 Baltimore, MD

CYNTHIA E. DOZIER, PH.D.  
 Consultant  
 New Paltz, NY

MICHAEL EZZELL  
 Director, Program Compliance  
 Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse  
 Austin, TX

LORETTA P. FINNEGAN, M.D.  
 Senior Advisor on Women's Issues  
 Office of the Director  
 National Institute on Drug Abuse,  
 Rockville, MD

JOHN S. FLINT, M.D.  
 Medical Director  
 Operation PAR, Inc.  
 St. Petersburg, FL

BRIAN M. FOSS, M.S.W., LICSW  
 Vice President  
 Center for Human Services, Inc.  
 Health and Substance Abuse Services  
 New Bedford, MA

STEVEN FRENG  
 Acting Manager  
 King County Division of Alcoholism  
 and Substance Abuse Services  
 Seattle, WA

DAVID R. GASTFRIEND, M.D.  
 Chief, Addiction Services  
 Massachusetts General Hospital  
 Harvard Medical School  
 Boston, MA

G. THOMAS GITCHEL  
Chief, Liaison & Policy Section  
Office of Diversion Control  
Drug Enforcement Administration  
U.S. Department of Justice  
Washington, D.C.

JEFF GRONSTAL  
Licensure Surveyor  
Iowa Department of Public Health  
Division of Substance Abuse and  
Health Promotion  
Des Moines, IA

MERRILL HERMAN, M.D.  
Chief of Service  
Montefiore Medical Center  
Bronx, NY

EUGENE I. HOFFMAN  
Senior Counselor  
Hennepin County Methadone Services  
Hennepin County Health Department  
Minneapolis, MN

ROBERT HOLDEN, C.C.D.T.  
Program Director  
Partners In Drug Abuse, Rehabilitation  
and Counseling  
Washington, DC

ELIZABETH IMESON, M.D., M.P.H.  
Medical Director  
Southbend Counselling Center  
Lansing, MI

PAUL W. INGRAM, M.S.W.  
Executive Director  
PBA, Inc. - The Second Step  
Pittsburgh, PA

JOY JARFORS  
Manager, Methadone Licensing Branch  
State of California Department of  
Alcohol and Drug Programs  
Sacramento, CA

OSCAR JONES, C.S.W., A.C.P., C.A.D.A.C.  
Program Director  
Lubbock Regional Mental Health and  
Mental Retardation Center  
Lubbock, TX

ROBERT B. KAHN, PH.D.  
President  
San Diego Treatment Services  
California Organization of Methadone  
Providers  
San Diego, CA

JOHN KAMPERSAL, M.S.W., LICSW  
Clinical Manager  
Center for Human Services, Inc.  
Health and Substance Abuse Services  
New Bedford, MA

JANICE F. KAUFFMAN, R.N., M.P.H.,  
C.A.S.  
Director, Substance Abuse Treatment  
Services  
North Charles, Inc.  
Somerville, MA

GARY J. KOONTZ, M.A.  
Adult Treatment Services Coordinator  
Department of Health and Human  
Services Bureau of Human Resources  
Office of Behavioral Health Services  
Division on Alcoholism & Drug  
Abuse  
Charleston, WVA

THOMAS R. KOSTEN, M.D.  
Associate Professor of Psychiatry  
Yale University School of Medicine  
Substance Abuse Treatment Unit  
New Haven, CT

ROLAND C. LAMB  
Director, Methadone Clinic  
Parkside Human Services  
Philadelphia, PA

RICHARD H. LANE  
Executive Director  
Man Alive Research, Inc.  
Baltimore, MD

HOWARD C. LERNER, M.P.H.  
Deputy Director  
Division of Special Populations  
Program Development  
Bureau of Health Care Delivery and  
Assistance  
Health Resources and Services Admi-  
nistration  
Rockville, MD

MARILYN LEEVEE, A.C.S.W.  
Supervisor  
Southland Counseling Center  
Lansing, MI

LINDA N. LEWIS, B.A., M.A.  
Director of Public Policy  
National Association of State Alcohol and  
Drug Abuse Directors  
Washington, DC

CHARLENE LEWIS, PH.D.  
Program Analyst  
Office of Policy, Planning and Evaluation  
Center for Substance Abuse Treat-  
ment  
Rockville, MD

RAYE Z. LITTEN, PH.D.  
Physiologist and Program Officer  
Treatment Research Branch  
Division of Clinical and Prevention  
Researc  
National Institute on Alcohol Abuse  
and Alcoholism  
Rockville, MD

JAMES E. LONG  
Director  
Illinois Department of Alcoholism  
and Substance Abuse  
Springfield, IL

MITCHELL B. MACKINEM, M.A.,  
N.C.A.C.II  
Treatment Consultant  
South Carolina Commission on  
Alcohol and Drug Abuse  
Columbia, SC

DAVID J. MACTAS  
President  
Marathon, Inc.  
Providence, RI

JANICE S. MAEHLUM, M.A.  
Director, Drug Programs  
Dede Wallace Center  
Madison, TN

KAY MALONE, R.N., C.D., M.H.S.  
Nursing Supervisor/AIDS Coordinator  
Brandywine Counseling, Inc.  
Wilmington, DE

IRA J. MARION  
Associate Executive Director  
Albert Einstein College of Medicine  
Division of Substance Abuse  
Bronx, NY

MICHAEL MASON, PH.D.  
Clinical Psychologist  
Dept. of Public Health and Environmen-  
tal Services Government of the Northern  
Mariana Islands  
Saipan, MP

MYRENE McANINCH, PH.D., F.A.C.A.T.A.  
President  
Healthcare Quality Improvement, Inc.  
Seattle, WA

MICHAEL J. McCANN, M.A.  
Administrative Director  
Matrix Center, Inc.  
Woodland Hills, CA

JOHN J. McCARTHY, M.D.  
Executive and Medical Director  
Bi-Valley Medical Clinic  
Sacramento, CA

LINDA McCORKLE  
Treatment Consultant  
Department of Health  
Bureau of Alcohol and Drug Abuse  
Nashville, TN

PAUL McLAUGHLIN  
Executive Director  
The Hartford Dispensary  
345 Main Street  
Hartford, CT 06106

YUJI MESUBED, M.O.  
Minister of Health  
Republic of Palau  
Koror, Palau, PW

JOEL L. MILLARD  
Executive Director  
Project Reality  
Salt Lake City, UT

ROBERT B. MILLMAN, M.D.  
Saul P. Steinberg Distinguished Professor of Psychiatry and Public Health  
Cornell University Medical College  
New York, NY

STEPHEN P. MOLINARI, J.D., R.PH.  
Regulatory Counsel  
Medical Affairs Branch  
Division of Clinical Research  
National Institute on Drug Abuse  
Rockville, MD

NINA PESKOE PEYSER, M.B.A.  
Executive Director  
Chemical Dependency Institute  
Beth Israel Medical Center  
New York, NY

LA DEMA POPPA, M.S.N., R.N.  
Clinical Nurse Specialist  
Richard L. Roudebush Veterans Affairs  
Medical Center  
Chemical Dependency Treatment  
Section  
Indianapolis, IN

FREDERICK C. POTTLE  
Drug Control Administrator - Program  
Administrator  
Alcohol and Drug Abuse Division  
Colorado Department of Health  
Denver, CO

LEON POVEY, M.S.W.  
Director  
Utah State Division of Substance Abuse  
Salt Lake City, TU

MICHAEL J. PREJEAN, M.D.  
Medical Director  
Division of Alcohol and Drug Abuse  
State of Louisiana  
Carencro, LA

GERALDINE SALAZAR  
Division Director  
Behavioral Health Services Division  
Sante Fe, NM

MARIANNE L. SCHECK, R.N.  
Registered Nurse, Certified Alcohol  
and Drug Counselor  
Marion County Drug Treatment Program  
Salem, OR

SIDNEY H. SCHNOLL, M.D., PH.D.  
Professor of Internal Medicine and Psychiatry.  
Medical College of Virginia  
Richmond, VA

KAREN SCHROCK  
Administrator Center for Substance Abuse  
Services Michigan Department of  
Public Health  
Lansing, MI

EDWARD C. SENAY, M.D.  
Professor of Psychiatry  
Chicago, IL

CRAIG V. SHOWALTER, M.D.  
Addiction Medicine Specialist  
The Breakers  
Chicago, IL

SANDRA R. SMITH  
Executive Vice President/COO  
STEP ONE, Inc.  
Winston-Salem, NC

RONALD G. SPECKMANN  
Director  
Office of Substance Abuse  
Augusta, ME

ELIZABETH STANLEY, M.P.H.  
Chief Deputy Director  
Methadone Licensing Branch  
Alcohol & Drug Programs  
Sacramento, CA

KEN STARK  
Director  
Division of Alcoholism and Substance Abuse  
Washington Department of Social and Health Services  
Olympia, WA

CRAIG S. STENNING  
Executive Director  
CODAC  
Cranston, RI

CAROLYN SUCHECKI, R.N.  
Quality Assurance Coordinator  
Connecticut Alcohol and Drug Abuse Commission  
Hartford, CT

RICHARD T. SUCHINSKY, M.D.  
Associate Director for Addictive Disorders and Psychiatric Rehabilitation  
Department of Veterans Affairs  
Washington, DC

NORMAN TEETER  
Director  
Raleigh Professional Associates  
Memphis, TN

PAUL TIERNEY  
Program Coordinator  
Bureau of Substance Abuse Department of Public Health  
Boston, MA

MICHAEL TOWNSEND, M.S.S.W.  
Director  
Division of Substance Abuse  
Department for Mental Health and Mental Retardation Services  
Frankfort, KY

SARI TRACHTENBERG, M.A., C.A.C.  
Clinical Coordinator  
Achievement Through Counseling and Treatment II  
Philadelphia, PA

WENDELL R. TURNER  
Director of Methadone Policy and Services  
National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors  
Washington, DC

WILLIAM WASSERMAN, M.P.H.  
Administrator, Integrated Substance Abuse/Primary Care Project  
Montefiore Medical Center  
Bronx, NY

CHERYL D. WILLIAMS  
Director, Division of Licensing  
Commonwealth of Pennsylvania  
Department of Health  
Office of Drug & Alcohol Program  
Harrisburg, PA

KEN WILLINGER, PH.D.  
Clinical Psychologist  
State of Hawaii Alcohol & Drug Abuse Division  
Honolulu, HI

JOHN WILLSON  
State Methadone Authority  
Michigan Department of Public Health  
Office of Substance Abuse Services  
Lansing, MI

LARRY J. WORLEY, M.A., C.S.A.C.  
Director of Clinical Services  
Nevada Treatment Centers  
Las Vegas, NV

JANET K. ZWICK  
Director  
Division of Substance Abuse and  
Health Promotion  
Iowa Department of Public Health  
Des Moines, IA





## ANEXO B

### METADONA Y LEGISLACIÓN EN ESPAÑA

M. DEL RÍO, M. DE ANDRÉS

En el año 1918 se inicia en España la reglamentación sobre estupefacientes que, tras la Convención Única de 1961, se consolidará en la Ley 17/1967, en la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes, adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de las Naciones Unidas. La primera tentativa de establecer una pautas para los tratamientos con opiáceos dirigidos a pacientes toxicómanos en España fue promulgada en 1983.

La legislación sobre los tratamientos con metadona y otros opiáceos en nuestro país puede dividirse cronológicamente en anterior y posterior al año 1990, ya que este año marca claramente una evolución desde una legislación de carácter muy restrictivo a otra más flexible. Expondremos breve y cronológicamente la evolución en la legislación en las últimas décadas y sus cambios más importantes, incluyendo los Reales Decretos vigentes: el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero y el Real Decreto 5/1996, de 5 de enero.

Asimismo se debe tener en cuenta que, al margen de la reglamentación para los tratamientos de mantenimiento con metadona dirigidos a drogodependientes, existe también una normativa que regula la prescripción de metadona, y otros estupefacientes, en otro tipo de pacientes, ya sea en el marco del tratamiento del dolor o en pautas de menos de 21 días, ambas reguladas por la receta de estupefacientes. A pesar de que no es propio de los PMM, incluiremos una referencia a la Orden Ministerial de 25 de abril de 1994 que regula la receta de estupefacientes.

#### ASPECTOS LEGISLATIVOS: 1983-1990

1983

En el año 1983 los tratamientos con metadona se realizaban a través del denominado carnet de extradosis (actualmente llamada receta de

estupefacientes), que había sido diseñado para aquellos pacientes terminales que recibían opiáceos de forma continuada. El paciente debía hacer la solicitud al Ministerio de Sanidad y Consumo presentando una documentación en la que el médico prescriptor explicitara las causas médicas que lo justificaban, el nombre del estupefaciente y la dosis. A su vez, los colegios de médicos controlaban y distribuían los talonarios de estupefacientes a aquellos médicos que lo solicitaban.

Con la Orden Ministerial del 20 de mayo de 1983 se regulan los tratamientos con metadona (BOE de 28 de mayo de 1983). Se crea así por primera vez una normativa, mínima, relativa a la prescripción, uso y dispensación de metadona para el tratamiento de toxicómanos dependientes de opiáceos. En esta Orden Ministerial se subraya la necesidad de realizar para cada paciente un plan terapéutico individualizado, haciendo responsables de su aprobación a los servicios correspondientes de Salud Pública. Se define la solución extemporánea como la forma de administración y se prohíbe la prescripción de inyectables y formas orales no líquidas para el tratamiento de toxicómanos. La vigencia del carnet de extradosis se limita a treinta días.

1985

La Orden Ministerial del 31 de octubre de 1985 (BOE de 9 de noviembre de 1985) viene a sustituir a la anterior de 1983. En esta nueva Orden se regulan los tratamientos con metadona dirigidos a personas toxicómanas dependientes de opiáceos en pautas de deshabitación a corto (menos de veintidós días) y a largo plazo (más de veintidós días). Las principales innovaciones de la Orden se referían a la definición de las competencias en la regulación de estos programas. Además se estableció la creación en cada Comunidad Autónoma de una Comisión que garantizara el cumplimiento de la Orden Ministerial. Estos tratamientos únicamente pueden realizarse en centros o servicios sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro autorizados por los órganos competentes de las Administraciones Autonómicas, aunque con carácter excepcional otros centros privados pueden ser autorizados.

A la Orden siguió una Resolución de la Dirección General de Salud Pública de 22 de noviembre de 1985 sobre dosificación y criterios de aplicación de los tratamientos de deshabitación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos (BOE de 27 de noviembre de 1985).

En ella se establecían los criterios de dosificación de la sustancia y las características de los pacientes que podían beneficiarse de estos trata-

mientos. Se indicaba que la dosis no podrá superar los 40 mg diarios, salvo autorización expresa de la Comisión Territorial y en circunstancias excepcionales. Durante los tres primeros meses de tratamiento, como mínimo, las dosis debían tomarse en el propio centro, incluyendo días festivos y en presencia de un miembro del equipo. Si la evolución clínica lo permitía, a partir del cuarto mes de tratamiento se podía dispensar metadona para llevar para un máximo de tres días y a dosis inferiores a 15 miligramos por día.

Esta Resolución señalaba también, a título orientativo, los criterios de la población atendida: ser mayor de 18 años, presentar una dependencia a los opiáceos de al menos 3 años de evolución, presentar complicaciones orgánicas graves que aconsejen su inclusión en el programa, no concomitancia con politoxicomanías graves (alcohol, fármacos...), ausencia de patología psiquiátrica grave y garantizar haber realizado al menos dos tratamientos libres de drogas.

1990

El Real Decreto 75/1990 de 19 de enero (BOE del 23 de enero) por el que se regulan los tratamientos con opiáceos para drogodependientes sustituye a la Orden Ministerial de 1985 e introduce una flexibilización de los criterios y del marco de tratamiento. La situación de desorganización e uso indiscriminado que existió en los años precedentes, así como la aparición del sida, aconsejaban la revisión de algunos aspectos de la citada Orden Ministerial.

El objeto de la Orden es regular los tratamientos con opiáceos en pautas de más de 21 días de personas dependientes de los mismos. Las sustancias opiáceas reguladas son: buprenorfina, butorfanol, codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, etilmorfina, folcodina, metadona, morfina, noscapina, opio extracto, pentazocina, petidina y tilidina.

Se establece que los tratamientos serán realizados únicamente por centros o servicios sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro debidamente acreditados por los órganos competentes de la Administración Sanitaria de las CCAA o del Ministerio de Sanidad y Consumo, pudiéndose acreditar también a centros penitenciarios u otros establecimientos de carácter no estrictamente sanitario.

La medicación utilizada para estos tratamientos será elaborada, cuando proceda, conservada, dispensada y administrada por los servicios farmacéuticos de los centros acreditados o, en su defecto, por los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, o por las oficinas

de farmacia acreditadas al efecto. Se mantiene la administración en forma de solución extemporánea siempre que sea posible.

Se señalan algunas de las funciones de las comisiones de acreditación, evaluación y control y los criterios para la acreditación de centros y oficinas de farmacia, que serán por un período inferior a dos años.

En cuanto a los criterios de inclusión se exige el diagnóstico confirmado de dependencia de opiáceos y haber realizado al menos un intento de tratamiento en otra modalidad terapéutica. Aunque se señala que podrán incluirse a aquellas personas dependientes de opiáceos que no cumplan los criterios anteriores, siempre que hayan contraído la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o se encuentren afectados por patología orgánica severa.

## ASPECTOS LEGISLATIVOS: 1994-1996

1994

Se publica la Orden Ministerial de 25 de abril (BOE. de 3 de mayo de 1994), por la que se regulan las recetas y los requisitos especiales para la prescripción y dispensación de los estupefacientes para uso humano. Esencialmente, la orden introduce un nuevo modelo de receta oficial de estupefacientes, evitando la necesidad del carnet de dosis extra-terapéuticas o carnet de extradosis» para la prescripción y dispensación de los medicamentos que contengan sustancias incluidas en la Lista I de la Convención Única de Estupefacientes de 1961.

El nuevo modelo de receta incluye el n.º de teléfono del médico o del centro médico, el n.º de DNI del paciente o, en su caso, del padre o tutor, así como una previsión sobre si la receta será única o reiterada. En una misma receta sólo puede ser prescrito un medicamento, amparando como máximo la medicación precisa para 30 días de tratamiento y sin superar un máximo de cuatro envases.

La presente Orden Ministerial supone un procesamiento de la información que permite detectar la primera prescripción reiterada y, en consecuencia, evitar el tratamiento múltiple de un paciente por varios médicos, o desviaciones análogas. En complemento al Real Decreto 75/1990, cuyo objeto era «regular los tratamientos [...] cuando se prescriban para el tratamiento de la dependencia de opiáceos en aquellas pautas cuya duración exceda de 21 días», la Orden de 25 de abril se destina en especial para facilitar un uso más racional de estos medicamentos en pacientes sometidos a tratamientos prolongados del dolor.

Se publica el Real Decreto sobre modificación del RD 75/1990 de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo.

En su introducción se constata la oportunidad del R.D. 75/1990, en la medida en que a lo largo de 5 años se ha asistido a un incremento tanto del número de pacientes que se han incorporado a programas de sustitución con opiáceos, como del número de centros que disponen de este tipo de programas. Por ello, así como por considerar que ha quedado demostrada la eficacia de este tipo de tratamientos para el control de patologías infecciosas asociadas, particularmente del VIH., se considera preciso proceder a una ampliación y diversificación de los dispositivos asistenciales competentes para llevarlos a cabo. Globalmente, el presente Decreto modifica el anterior flexibilizando los criterios de admisión, suprimiendo la obligatoriedad de que un farmacéutico asuma la administración de la metadona, ofreciendo la posibilidad a los médicos no integrados en servicios acreditados de prescribir los opiáceos incluidos en la lista del anexo y añadiendo a esta última el LAAM. A continuación detallamos las principales modificaciones aportadas:

- En el artículo 3.º del RD 75/1990, apartado 2, se especificaba que «La medicación utilizada para estos tratamientos será elaborada, cuando proceda, conservada, dispensada y *administrada* por los servicios farmacéuticos de los centros acreditados...»; en el presente Real Decreto se suprime la palabra *administrada*, aclarando así lo que ya se comenta en la introducción al referirse al R.D. 75/1990 y a las dificultades puestas de manifiesto en la «estricta aplicación y operatividad de algunas de sus disposiciones, particularmente en cuanto parece exigir la presencia de un profesional farmacéutico, hasta en la fase del tratamiento referida a la administración de la medicación.» Según el presente RD, el control de la administración de la indicada medicación será llevada a cabo por profesionales del equipo sanitario que reúnan los requisitos exigidos por las normas vigentes en cada Comunidad Autónoma.
- En el artículo 9.º del R.D. 75/1990, apartado 1, se especificaba que «A efectos de la inclusión en los programas de tratamiento regulados por la presente norma, se exigirá previamente diagnóstico confirmado de dependencia de opiáceos y *haber realizado al menos un tratamiento en otra modalidad terapéutica*»; en el presente Real Decreto se suprime el requisito «y *haber realizado al menos un tratamiento en otra modalidad terapéutica*», habiendo precisado en la introducción que «se constata la existencia de personas que aún no habiendo realizado un trata-

miento en otra modalidad terapéutica son tributarias de una indicación de tratamiento con opiáceos».

- El artículo segundo del presente R.D. dispone que los órganos competentes de las Comunidades Autónomas puedan otorgar con carácter excepcional, autorización para la prescripción de los tratamientos regulados en la presente norma a facultativos no integrados en Centros o servicios acreditados.
- A la lista de principios activos sometidos a lo dispuesto por el R.D. 75/1990 se añade el Levo alfa acetilmetadol (LAAM), estando su inclusión condicionada a la inscripción de [...] dicho principio activo en el Registro Comunitario de Medicamentos o en el Registro de Especialidades Farmacéuticas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

REAL DECRETO 75/1990, DE 19 DE ENERO, POR EL QUE SE REGULAN LOS TRATAMIENTOS CON OPIÁCEOS DE PERSONAS DEPENDIENTES DE LOS MISMOS

La «Orden de 31 de octubre de 1985, por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos» (BOE núm. 269, de 9 de noviembre), del Ministerio de Sanidad y Consumo, regulaba esta modalidad terapéutica teniendo en cuenta las competencias que la Constitución Española asigna a las Comunidades Autónomas y al amparo de la ley 17/1967, de 8 de abril (BOE núm. 11, de 11 de abril) que en su artículo 1 autoriza al Estado a intervenir en la prescripción, posesión, uso y consumo de sustancias estupefacientes.

La especial situación de desorganización y uso indiscriminado que entonces existía condujo a configurar una regulación restrictiva en algunos aspectos.

La aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que obliga a reconsiderar algunos enfoques terapéuticos, y cuatro años de aplicación de dicha norma, que han permitido corregir aquella situación, aconsejan la revisión de algunos aspectos importantes regulados por ella.

La presente norma adopta rango de Real Decreto, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 40.5.º de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril, BOE núm. 102, de 29 de abril), que establece como competencia de la Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, «La reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda, de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los demás productos y artículos sanitarios y de aquellos que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas».

Se dicta la presente norma al amparo de lo previsto por el artículo 149.1.º 1ª y 16. de la Constitución, al participar sus preceptos de la naturaleza de normas básicas en materia de sanidad, o bien constituir legislación sobre productos farmacéuticos, materia de la exclusiva competencia estatal.

Asimismo, el presente Real Decreto regula ciertos aspectos organizativos que se justifican por la necesidad de perfeccionar los mecanismos de coordinación que han venido funcionando para conjugar las actuaciones que corresponden a la Administración del Estado y a las Comunidades Autónomas en la materia regulada, habiendo merecido los mismos, como el conjunto del Real Decreto, el informe favorable del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Todo ello, no obstante, debe entenderse sin perjuicio de las facultades de que disponen las Comunidades Autónomas para autorregular el ejercicio de sus competencias.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del 19 de enero de 1990,

DISPONGO

#### *Capítulo I. Disposiciones generales*

Art. 1.º Objeto.

Constituye el objeto de la presente norma regular los tratamientos con los principios activos que se incluyen en la lista del Anexo al presente Real Decreto, cuando se prescriban para el tratamiento de la dependencia de opiáceos en aquellas pautas cuya duración exceda de 21 días.

Art. 2.º *Centros o Servicios de Tratamiento.*

1. Los tratamientos a que hace referencia la presente norma serán realizados únicamente por centros o servicios sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro, debidamente acreditados para ello por los órganos competentes de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o, en su caso, por los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. A los efectos que establece el presente Real Decreto, y siempre que se considere oportuno, las autoridades sanitarias de aquellas Comunidades Autónomas que tengan atribuciones en esta materia, o en su caso, el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de sus órganos competentes, podrán acreditar servicios en centros penitenciarios o en otros establecimientos de carácter no estrictamente sanitario.

Art. 3.º Prescripción, elaboración, conservación, dispensación, administración y formulación.

1. La prescripción de los tratamientos regulados en la presente norma será realizada por los facultativos de los centros o servicios acreditados.

2. La medicación utilizada para estos tratamientos será elaborada, cuando proceda, conservada, dispensada y administrada por los servicios farmacéuticos de los centros acreditados, de acuerdo con lo previsto en el art. 2º, en su defecto, por los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo o por las oficinas de farmacia acreditadas al efecto.

3. En todo caso, la elaboración, conservación o dispensación de la medicación a que hace referencia el apartado anterior, estará sujeta a la normativa vigente sobre estupefacientes, quedando sometida al control de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

4. Los medicamentos utilizados para estos tratamientos serán prescritos, formulados, dispensados y administrados en solución oral extemporánea, siempre que sea posible.

## *Capítulo II. Comisiones de acreditación, evaluación y control de centros o servicios*

Art. 4.º Constitución de las Comisiones.

1. Para el ejercicio por las Comunidades Autónomas de lo establecido en el presente Real Decreto se tendrá en cuenta:

a) En aquellas Comunidades Autónomas donde no se ha establecido todavía ninguna Comisión de Acreditación, los órganos competentes fijarán su composición y régimen de funcionamiento, incorporando, en todo caso, algún miembro en representación tanto de los Planes Autonómicos sobre drogas como de la Administración Central.

b) En las Comunidades Autónomas en las que ya se encuentran establecidas, al amparo de la Orden Ministerial de 31 de octubre de 1985, los órganos competentes podrán modificar la composición y normativa reguladora de las mismas, adaptándola a las directrices del presente Real Decreto.

2. Las comisiones deberán quedar constituidas en un plazo no superior a dos meses a partir de la publicación del presente Real Decreto.

Art. 5.º *Facultades.*

«Las Comunidades Autónomas fijarán las facultades que tendrán las Comisiones en su ámbito territorial. Entre éstas habrán de figurar las siguientes:

1. Emitir informe en relación con las solicitudes de acreditación presentadas por los centros o servicios ante el órgano competente de la Administración Sanitaria.



2. Coordinar y evaluar la información sobre la materia objeto de sus competencias.

3. Suministrar a los órganos competentes de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o, en su caso, a los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, la información que les sea solicitada, de tal forma que se garantice siempre la confidencialidad de la misma.

4. Establecer un registro de pacientes, con mecanismos que garanticen el derecho a la confidencialidad. La información mínima que debe contener se prevé en el artículo 10.

### *Capítulo III. Acreditación de los centros o servicios*

Art. 6.º Criterios generales para la acreditación de centros o servicios de tratamiento.

1. El responsable del centro o servicio sanitario que desee obtener acreditación para realizar tratamientos con los principios activos a que hace referencia el artículo 1 de la presente norma remitirá, a las Autoridades Sanitarias de la Comunidad Autónoma correspondiente o, en su caso, a los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, la solicitud con la información que les sea requerida.

2. Las Comisiones de Acreditación, Evaluación y Control de Centros o Servicios emitirán informe sobre la solicitud de acreditación realizada por los responsables de los centros o servicios... El informe emitido deberá ser favorable para que pueda otorgarse la acreditación.

3. Sin perjuicio del régimen de funcionamiento que fijen en cada caso las Comunidades Autónomas, y a efectos de la emisión del informe citado en el número anterior, las Comisiones deberán tener en cuenta los criterios siguientes:

a) La consecución de un equilibrio entre la demanda y la oferta de este tipo de servicio asistencial en el área territorial correspondiente.

b) La prioridad para la acreditación de los centros o servicios sanitarios de titularidad pública.

c) La experiencia en el tratamiento de toxicómanos por parte del equipo del centro o servicio.

d) La existencia de adecuación entre los recursos disponibles y los objetivos propuestos.

Art. 7.º Tiempo de vigencia de la acreditación.

Las autoridades de las Comunidades Autónomas o, en su caso, los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de

la Comisión, podrán acreditar centros de tratamiento y oficinas de farmacia por un período no superior a dos años. La renovación de la acreditación tendrá que ser solicitada antes de que expire dicho período.

Art. 8.º Revocación de la acreditación.

Las autoridades de las Comunidades Autónomas o, según proceda, los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comisión, podrán revocar la acreditación cuando se evidencie ausencia de cumplimiento de la presente norma o de aquellas que la desarrollen y cuando razones de índole sanitaria o social así lo aconsejen.

#### *Capítulo IV. Admisión a tratamiento*

Art. 9.º Admisión a tratamiento.

1. A efectos de la inclusión en los programas de tratamiento regulados por la presente norma, se exigirá previamente diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos y haber realizado al menos un tratamiento en otra modalidad terapéutica.

Podrán ser solicitados por las Comisiones documentos acreditativos del cumplimiento de tales requisitos.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, podrán ser incluidas en estos programas de tratamiento aquellas personas dependientes de opiáceos que no cumplan las condiciones exigidas, siempre y cuando hayan contraído la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o se encuentren afectados por patología orgánica severa.

#### *Capítulo V. Notificación*

Art. 10.º Notificación

El responsable facultativo del centro o servicio acreditado para realizar los tratamientos regulados en el presente Real Decreto, informará trimestralmente a la comisión, o en su caso, a los órganos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, del número de pacientes en tratamiento, señalando también los inicios, interrupciones y finalizaciones de los mismos que se hayan producido, así como las razones que los justifiquen y los opiáceos empleados. Esta información es considerada como mínima y cada Comisión Autonómica de Acreditación podrá solicitar información adicional.

Disposición adicional

Los centros o servicios que han sido acreditados, al amparo de la Orden de 31 de octubre de 1985, reguladora de los tratamientos de deshabituación con metadona, se consideran asimismo acreditados para los trata-

mientos con los principios activos incluidos en la lista del anexo de este Real Decreto, salvo en aquellas Comunidades Autónomas en las que las normativas que lo desarrollen dispongan lo contrario.

#### Disposición derogatoria

Quedan derogadas: la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 31 de octubre de 1985 (BOE núm. 269, de 9 de noviembre) «Por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos la Resolución de 22 de noviembre de 1985 (BOE núm. 284, de 27 de noviembre), de la Dirección General de Salud Pública sobre «dosificación y criterios de aplicación de los tratamientos de metadona a toxicómanos dependientes de opiáceos» y cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en este Real Decreto.

#### Disposición final

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

El Ministro de Sanidad y Consumo Julián García Vargas.

#### Anexo

Lista de principios activos sometidos a lo dispuesto en el «Real Decreto por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos». Buprenorfina, Butorfanol, Codeína, Dextropropoxifeno, Dihidrocodeína, Etilmorfina, Folcodina, Metadona, Morfina, Noscapina, Opio extracto, Pentazocina, Petidina, Tilidina.

#### REAL DECRETO 5/1996, DE 15 DE ENERO, SOBRE MODIFICACIÓN DEL REAL DECRETO 75/1990, DE 19 DE ENERO, POR EL QUE SE REGULAN LOS TRATAMIENTOS CON OPIÁCEOS DE PERSONAS DEPENDIENTES DE LOS MISMOS Y DE AMPLIACIÓN DE SU ANEXO

La experiencia acumulada a lo largo de cinco años de vigencia del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, ha demostrado el acierto y la oportunidad de su promulgación como lo demuestra tanto el creciente número de personas afectadas por drogodependencias que se han ido incorporando a programas de sustitución con opiáceos, como el también creciente número de centros que disponen de este tipo de programas para el tratamiento de aquellas personas, habiendo superado el carácter restrictivo de la normativa anterior.

No obstante ello, se han puesto también de manifiesto algunas dificultades, en cuanto a la estricta aplicación y operatividad de alguna de sus disposicio-

nes, particularmente en cuanto parece exigir la presencia de un profesional farmacéutico hasta en la fase de tratamiento referida a la administración de la medicación.

Igualmente, durante los últimos años ha quedado demostrada la eficacia de este tipo de tratamientos para el control de las patologías infecciosas asociadas, particularmente del VIH. como problema grave de salud pública, con lo que se hace preciso proceder a una ampliación y diversificación de los dispositivos asistenciales competentes para llevar a cabo aquéllos, posibilitándose la participación en los mismos no sólo de los centros o servicios acreditados para ello, sino también de aquellos facultativos singularmente considerados que soliciten la correspondiente acreditación.

Finalmente se considera preciso revisar los requisitos establecidos en el artículo 9 del Real Decreto 75/1990, para la admisión a este tipo de tratamiento, en el sentido de que constaba la existencia de personas que aún no habiendo realizado un tratamiento en otra modalidad terapéutica son tributarias de una indicación de tratamiento con opiáceos. Asimismo suprimir la excepción contenida en el apartado 2 del mismo artículo parece aconsejable, dada la potencialidad preventiva de estos tratamientos en cuanto a la transmisión de la infección por VIH. en aquellos individuos que son todavía negativos, pero usuarios de drogas por vía parenteral.

Por otra parte, la reciente aparición en los mercados farmacéuticos internacionales de un nuevo producto, como el LAAM (Levo alfa acetilmétadol), con eficacia ya contrastada en varios países en el tratamiento de los adictos a la heroína, y cuya principal ventaja sobre la metadona radica en que no requiere una administración diaria como ocurre con esta última, hace que sea necesario proceder a su inclusión en la lista de principios activos que como anexo recoge la norma de referencia.

La presente norma se dicta al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.º1.ª y 16 de la Constitución, al participar sus preceptos de la naturaleza de normas básicas en materia de sanidad o bien constituir legislación sobre productos farmacéuticos, materia de la exclusiva competencia estatal. Todo ello, no obstante, debe entenderse sin perjuicio de las facultades de que disponen las Comunidades Autónomas para promulgar la oportuna normativa de desarrollo en el ejercicio de sus competencias.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Justicia e Interior y de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 12 de enero de 1996,

DISPONGO

*Artículo primero*

1. Se modifica el apartado 2 del artículo 3 del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, quedando redactado de la siguiente forma: «2. La medicación utilizada para estos tratamientos será elaborada, cuando proceda, conservada y dispensada por los servicios farmacéuticos de los centros acreditados, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2. En defecto de los mismos, así como también en el supuesto previsto en la disposición adicional segunda, dicha medicación será elaborada, cuando proceda, conservada y dispensada por los órganos de la Administración sanitaria competente o por las oficinas de farmacia acreditadas al efecto. El control de la administración de la indicada medicación será llevado a cabo por profesionales del equipo sanitario que reúnan los requisitos exigidos por las normas vigentes en cada Comunidad Autónoma».

2. Se modifica el artículo 9 del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, quedando redactado de la siguiente forma: «A efectos de la inclusión en los programas de tratamiento regulados por la presente norma se exigirá previamente diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos. Podrán ser solicitados por las Comisiones documentos acreditativos del cumplimiento de dicho requisito».

*Artículo segundo*

Se añade al Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, como disposición adicional segunda, el siguiente texto:

Disposición adicional segunda.

1. No obstante lo dispuesto en los artículos 2.1.º y 3.1.º del presente Real Decreto, los órganos competentes de la Administración sanitaria de las Comunidades Autónomas correspondientes podrán otorgar, con carácter excepcional, autorización para la prescripción de los tratamientos regulados en esta norma a aquellos facultativos no integrados en centros o servicios acreditados que lo soliciten ante dichos órganos aportando, además de la correspondiente solicitud, la información adicional que les sea requerida.

2. La concesión de la autorización que se refiere el apartado anterior deberá contar previamente con el informe favorable de la Comisión de acreditación, evaluación y control de centros y servicios de la Comunidad Autónoma correspondiente, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el artículo 6.3.º de este Real Decreto, siendo su régimen de vigencia y, en su caso, de renovación el establecido por el artículo 7.

3. Los facultativos que obtengan la correspondiente autorización quedarán sometidos a las mismas obligaciones que establece el presente Real Decreto

respecto a los centros y servicios acreditados con el mismo fin, pudiendo las autoridades de las Comunidades Autónomas no renovar la autorización, cuando no resulte oportuna su continuación, o revocarla en los supuestos que establece el artículo 8.

*Artículo tercero*

1. Se adiciona a la lista de principios activos sometidos a lo dispuesto en el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, recogida como anexo de éste, el denominado Levo alfa acetilmetadol (LAAM).

2. No obstante lo establecido en el apartado anterior, la prescripción, conservación, dispensación y administración del citado principio activo en los tratamientos regulados por el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, quedarán condicionadas a la inscripción de la especialidad que contenga dicho principio activo en el Registro Comunitario de Medicamentos o en el Registro de Especialidades Farmacéuticas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Disposición final única

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid a 15 de enero de 1996.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de la Presidencia,  
ALFREDO PÉREZ RUBALCABA