

Historia y situación actual de los programas de mantenimiento con opiáceos: heroína, metadona, morfina, etc.

Annie Mino.

Jefa de la División de Toxicomanías Instituto Universitario de
Psiquiatría de Ginebra.
Experta del Gobierno de Ginebra y del Gobierno Federal Suizo.

Traducción:

Antonio Muñoz Casado
Médico C.C.D. Sierra.- C.P.D. de Cádiz.

RESUMEN.

A partir de una revista (ref.69), el autor efectúa una síntesis de los conocimientos acumulados después de treinta años de experiencia clínica. Son analizados el impacto en la eficacia de los diferentes factores relacionados con el tratamiento, así como las correlaciones entre factores-pacientes y resultados. Entre éstos últimos, es particular la cuestión de la psicopatología y del acercamiento terapéutico paralelo a la administración de metadona, sus indicaciones y su eficacia. Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) muestran su eficacia en términos de retención, disminución del consumo de heroína, de riesgos infecciosos, de la mortalidad y la criminalidad, eficacia mejorada a largo plazo si los equipos son estables, las dosis son individualizadas (en general >60 mg.), y si existiese un apoyo psicosocial y psicoterapéutico en la comorbilidad psiquiátrica.

Palabras claves: Toxicomanías-Metadona.

Nosotros salimos, al menos podemos esperarlo, de una era religiosa e ideológica. Durante años, hemos combatido según la ley del "todo o nada". La toma de conciencia de nuestros límites terapéuticos y la llegada del Sida han sido dos factores determinantes en nuestra revisión de cuestiones actuales.

La metadona está hoy admitida por la inmensa mayoría de la comunidad científica internacional. Sin embargo, debemos evitar reconciliarnos a través de ella con nuestros viejos demonios -los que proponen soluciones milagrosas-. No las hay y no las habrá. Es el momento de la modestia, es decir, de las proposiciones terapéuticas diversificadas, coordinadas, en la medida de lo posible, con las teorías subyacentes diversificadas igualmente. Las toxicomanías son multifactoriales, esto ha sido dicho y escrito desde hace años, pero todo ha sucedido como si esto no hubiera tenido efecto en las realidades teóricas y terapéuticas. Recordemos que en el campo de las drogas, no existe actualmente el menor acuerdo sobre las causas. Para unos, los determinantes son exclusiva o esencialmente biológicos; para otros, están en los trastornos del aprendizaje, o en los conflictos intrapsíquicos inconscientes, o en las condiciones psicosociales

o ambientales.

Los tratamientos con metadona empezaron hace treinta años. Han sido objeto, más que cualquier otro tratamiento de las toxicomanías de evaluaciones y por lo tanto son también el centro de debates pasionales.

Son abordados aquí:

- Las raíces históricas que legitiman su aparición.
- Los resultados de los estudios de eficacia.
- Los protocolos hechos al objeto de un consenso en relación con las evaluaciones.

Numerosas preguntas quedan abiertas y especialmente sobre su implantación en diversas condiciones sobre el plano sociocultural y político.

HISTORIA.

En 1995, la Academia de Medicina de New York edita un documento en el que insiste sobre el fracaso de una política nacional basada exclusivamente en la desintoxicación y la represión desde 1923... fecha del cierre de la última clínica en los Estados Unidos que practicaba el mantenimiento con opiáceos (morfina o heroína) en los pacientes toxicómanos crónicos. Para recordar, las "Narcotics Clinics" fueron alrededor de cuarenta y cuatro. Algunas fueron grandes fracasos, como la de New York, otras dieron buenos resultados, como por ejemplo la de Shreveport en Louisiana (Mino-42). La Academia de Medicina se manifiesta contra los reglamentos federales que prohíben a los médicos prescribir opiáceos a los toxicómanos para permitir a éstos últimos llevar una vida normal "useful" hasta que quieran desintoxicarse.

En 1959 un documento conjunto de La Asociación de Juristas Americanos y La Asociación Médica Americana reclama más flexibilidad para las penas contra los toxicómanos y la elaboración de un programa experimental de sustitución.

Estas recomendaciones son reiteradas en 1963 por la Academia de Medicina de New York y El Consejo Consultivo sobre Asuntos de Drogas del Presidente Kennedy.

En 1963, Dole y Nyswander en el Instituto Rockefeller de New York inician las primeras experiencias con sustitutos y publican sus resultados con la metadona (14). Las dosis propuestas son de 80 a 120 mg. una vez al día. Estas dosis elevadas tienen dos funciones: una la controlar las manifestaciones del síndrome de abstinencia, otra la de bloquear los efectos euforizantes de la heroína, permitiendo así a los pacientes obtener un máximo provecho de los apoyos psicosociales que forman parte integrante del tratamiento. El objetivo de éste último no es la abstinencia, sino la reinserción psicosocial, medida por la disminución del consumo de heroína ilegal y de los problemas penales.

Dole y Nyswander (15) antes del descubrimiento de los receptores opiáceos y de las

morfina endógena, teorizan sus descubrimientos caracterizando a la toxicomanía opiácea como una enfermedad metabólica inducida.

EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS CON METADONA.

Dos tipos de protocolos evalúan la eficacia de los tratamientos. Los ensayos aleatorios controlados permiten la demostración siguiente: el tratamiento experimentado produce resultados superiores a la ausencia de tratamiento, a un tratamiento mínimo y también al tratamiento existente. Los estudios observacionales comparan diferentes modalidades terapéuticas, sea un mismo grupo de pacientes antes y durante la intervención terapéutica. Estos estudios presentan problemas metodológicos imposibles de analizar brevemente, pero que limitan la validez de algunos de ellos.

Existen tres ensayos aleatorios: Dole y col. (16); Newman y Whitehill (45); Gunne y Grönbladh (22), que controlan la eficacia de los mantenimientos con metadona, en términos de retención en el tratamiento, reducción del uso de heroína, y tasa de encarcelamiento. En el momento de la introducción de esta modalidad terapéutica, este tipo de estudios formaba escasa parte de la cultura médica. Cuando los mantenimientos con metadona se transforman en programas terapéuticos en pleno desarrollo al principio de los años 70, no era políticamente aceptable el negar un tratamiento a pacientes que pudieran beneficiarse. Por supuesto, habría sido posible proponer un protocolo de inclusión en tratamiento con metadona y otros tratamientos, pero el riesgo de la incorporación prematura de pacientes para obtener tratamientos deseados era máximo.

Los estudios observacionales dan una validez externa (eficacia en condiciones reales) a los estudios aleatorios (Simpson y Sells (55); Anglin y col. (1,2); Hubbard (26); Gaering y Schweitzer (18); Ball y Ross (5); Gao (19). El estudio de Ball y col. (4) demuestra igualmente que los tratamientos con metadona juegan un papel en la reducción de riesgos de infección por disminución de la heroínomanía y por mejora de los comportamientos en el uso intravenoso.

Los estudios más recientes Ball y Ross (5) ; General Accounting Office (19) demuestran importantes variaciones entre diferentes programas medidos en términos de retención-*, de consumo de heroína ilegal o de otras drogas. La retención en los estudios aleatorios es superior o igual al 70% después de un año, mientras que en los estudios observacionales recientes esta media no llega mas que al 50% a los seis meses. Si el consumo de heroína está significativamente reducido en los estudios aleatorios, los resultados son a veces dudosos en algunos programas de metadona pudiendo llegar al 67% de consumo. Un problema metodológico queda abierto: todos los autores no definen de la misma manera la importancia del consumo.

-*- Término traducido del inglés. Es un objetivo del proceso terapéutico que no significa que el paciente siga perfectamente el contrato terapéutico, más bien que permanezca en tratamiento de acuerdo con el equipo.

Una mejor explicación podría clarificar las diferencias de eficacia; más allá del aspecto "pionero" de todo estudio aleatorio, está la variabilidad de la calidad de los programas que algunas veces se aleja de las recomendaciones iniciales de Dole y Nyswander (15). Las dosis de metadona son insuficientes; el paciente está sometido a constantes presiones para conseguir

la abstinencia; pocos servicios psico-sociales adjuntos a los programas de metadona; en fin, los problemas sociales y los problemas politoxicomaniacos son de difícil gestión.

Hoy, el estudio mas completo es el de Bass y Ross (5), donde se demuestra la importancia de los factores relacionados con la organización de los programas terapéuticos. La retención en los tratamientos está en estrecha relación con la existencia de servicios de rehabilitación ofertados a los pacientes, una filosofía orientada a largo plazo, dosis adecuadas de metadona,... directores muy competentes y equipos estables y acogedores. Los autores insisten en la primacía de factores-programas sobre elementos ligados a los pacientes para los que encuentran el inicio prematuro de las toxicomanías, las conductas delinquentes preexistentes a los tratamientos y el uso de cocaína.

Un estudio sistemático de la disminución de la tasa de mortalidad de los toxicómanos en programas de mantenimiento queda pendiente. Pocos autores se han cuestionado este tema. El trabajo mas notable actualmente es el de Grönbladh y col. (21) cuyas conclusiones son impresionantes. Comparando varios tipos de poblaciones, demuestran que los toxicómanos no tratados mueren 63 veces más que la población de la misma edad y el mismo sexo; que los toxicómanos que han abandonado precozmente un programa de metadona sin mejoras significativas, mueren 53 veces más; que los toxicómanos con metadona mueren 8 veces más que la población de la misma edad y del mismo sexo, y finalmente que los toxicómanos curados después de un tratamiento con metadona mueren aún cuatro veces más.

MODALIDADES DE LOS TRATAMIENTOS CON METADONA.

Hace treinta años, los primeros criterios de admisión eran: veintiún años, cuatro años de dependencia, fracasos repetidos en tratamientos anteriores, ausencia de politoxicomanía y de psicopatología grave.

Actualmente estos criterios han sido flexibilizados aunque las condiciones varían de un contexto social al otro. Por ejemplo en Ginebra, estos criterios se resumen en: 18 años (salvo excepciones) y una dependencia confirmada. Excluir a los politoxicómanos equivaldría a reservar la metadona a una élite. Las psicopatologías graves se han vuelto indicaciones para los tratamientos, otro tanto sucede con los pacientes que responden mal a otros tratamientos o que son excluidos. La integración de pacientes graves en programas de metadona explica, en parte, sus resultados disminuidos y necesita mejoras serias especialmente en servicios médico-psicosociales. Las tres variables de los mantenimientos con metadona -duración, dosis, importancia y calidad de las intervenciones conjuntas- tienden a volverse una verdadera trilogía. Es importante guardar la hipótesis que estos tres datos pueden ser separables y deben adaptarse a las necesidades clínicas de los pacientes.

Aún más, es inútil recordar que la evaluación clínica-médico-psicosocial de los pacientes debe ser concebida como un primer contacto con una nueva modalidad terapéutica y no como un salto de obstáculos administrativos que consiga desalentar al paciente... y desanimar rápidamente a los equipos.

DOSIS.

La dosis de mantenimiento se establece por grados en algunas semanas. Actualmente, se considera que las dosis inferiores a 60 mg. no son dosis óptimas para la mayoría de pacientes. Se asocian a tasas altas de abandonos y de consumos paralelos de heroína. Canplehorn y Bell (8,9); Ball y Ross (5). Este consenso ha sido realizado durante los años ochenta después de decenas de discusiones en los Estados Unidos sobre la validez de las dosis altas frente a las dosis bajas. En éstos últimos, es esencial el hecho de la ideología del equipo terapéutico o de las trabas administrativas; más bien la dosificación de la metadona debe ser un gesto clínico fijado por las necesidades del paciente. Dos estudios han demostrado el interés de una autorregulación de la dosis por los mismos pacientes. Goldstein (20); Havassy y Hargreaves (23,24).

Varios estudios correlacionan las variaciones individuales de dosis con factores relacionados con los pacientes. Se observa una tendencia hacia las dosis elevadas para los pacientes con más edad, con más consumo de heroína y/o presentando trastornos psiquiátricos o psicopatológicos importantes; Treece y Nicholson (61); Meltzer y Kast (39). Según algunos autores -Berken y col. (6); Verebey (62)-, estas observaciones corroborarían las propiedades antipsicóticas y ansiolíticas de la metadona.

En la práctica, la objetivación de opiáceos no prescritos no debe ser tomado como instrumento punitivo, sino como clínico. Esto permite discutir con el paciente sobre el desarrollo de su tratamiento en términos farmacológicos (dosificación), relaciones (necesidad de servicios psicosociales), así como el modo de la administración de las drogas que continúe consumiendo y de las medidas preventivas a tomar.

DURACIÓN.

Actualmente existen en New York dos tipos de mantenimiento con metadona basándose en teorías diferentes. En el primer modelo (llamado metabólico) heredado de Dole y Nyswander, la duración del mantenimiento no está definida. El segundo modelo (psicosocial), de entrada está orientado hacia la corta permanencia y centrado sobre un cambio rápido hacia la abstinencia.

Sin embargo, aceptar el mantenimiento con metadona para un largo período de tiempo no significa necesariamente reconocer la idea de una enfermedad metabólica. Los puntos de vista de Dole y col. (16) y Nyswander y col. (44) están en relación con las condiciones político-culturales americanas. En otros países, por ejemplo Suiza, los mantenimientos con duración no definida son aceptables, sin establecerles una base estrictamente biológica.

La revisión de la literatura muestra que la gran mayoría de autores encuentra una relación positiva entre retención en tratamiento, disminución de heroína ilegal, disminución de la delincuencia -Dole y Josef (13); Stimmel (57); Hubbard (25); Simpson (53,34). Varios autores encuentran igualmente una correlación entre duración y resultados positivos después de finalizar el tratamiento, Dole y Josef (13); Stimmel (58); Simpson (53). Dos autores no encuentran correlación entre duración y resultados del tratamiento, Cushman (11); Judson y

col.(28). Según los estudios, la duración para obtener resultados significativos durante el tratamiento, varía entre uno a tres años.

Las motivaciones para interrumpir un tratamiento es variable. Algunos estudios demuestran que los pacientes que terminan de manera positiva, con el consentimiento del equipo, tienen más posibilidades que los otros de conseguir buenos resultados después del tratamiento. Stimmel y col. (58) concluyen que los pacientes que abandonan el tratamiento sin el consentimiento del equipo tienen cinco veces más posibilidades de recaída que los que lo terminan. La cuestión es saber si la duración del tratamiento juega por sí sola o si las modificaciones positivas del paciente constituyen los factores fundamentales para los resultados.

Varios autores encuentra una asociación positiva entre cambios psicosociales del paciente durante el tratamiento y obtención de resultados positivos después del mismo, Dole y Josef (13); McGlothlin y Anglin (33); Simpson y Sells (55).

Tres estudios -Anglin y col.(2); McGlothlin y Anglin (33); Rosenbaum y col. (48) concuerdan al demostrar que la imposición arbitraria de un límite de tiempo en los tratamientos de mantenimiento, sean razones financieras o en la creencia que la confrontación hace el nido de una mejor rehabilitación, no contribuye a obtener mejores resultados para la mayoría de pacientes y especialmente para los que tienen más necesidad. Ball y Ross (5) muestran que los programas de larga duración combinados con un encuadre de servicios médico-psicosociales son mas eficaces.

Los datos sociodemográficos tradicionales no señalan nada en particular, sino que los pacientes de más edad tienen más tendencia a quedarse en tratamiento. La criminalidad, una toxicomanía importante, una politoxicomanía (abuso de alcohol, etc.) antes del tratamiento y la psicopatología grave están relacionada con una tasa baja de retención en tratamiento -McLellan (34)-. Un empleo, un apoyo familiar y social son predictores positivos de retención y de resultados positivos.

Los tratamientos de metadona deben ser de **duración individualizada**, pero a menudo son de larga duración. La mayoría de pacientes necesitan tratamientos largos o de duración limitada, según sus necesidades personales médico-psicosociales y no según criterios administrativos ni ideológicos.

TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES.

La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los toxicómanos abre la pregunta de la relación entre toxicomanía y psicopatología. Meyer (40) sugiere varias hipótesis:

- Una psicopatología previa puede conducir a la toxicomanía (instalación-mantenimiento).
- La psicopatología puede ser el resultado del abuso de la sustancia.

- La psicopatología puede estar asociada con el abuso de la sustancia y con un factor causal subyacente único.
- Los dos trastornos coexisten sin ninguna relación entre ellos.

La Epidemiologic Catchment Area (ECA-Regier et col.(47)) muestra prevalencias para trastornos psiquiátricos específicos que pueden servir de base para comparaciones entre poblaciones tratadas y no tratadas.

La prevalencia sobre la vida para todo trastorno psiquiátrico, excluyendo droga y alcohol, es de alrededor del 22,5%. Los trastornos relacionados con el alcohol son evaluados en el 13,5% y los que están relacionados con las drogas en un 6%. Solamente el 0,7% de la población refiere un trastorno relacionado con el abuso de opiáceos. Comparados con la población general, los toxicómanos presentan un riesgo de trastorno psiquiátrico 7 veces superior. Cualquiera que sean los estudios de referencia, los toxicómanos a opiáceos presentan 5 veces más riesgos de un trastorno afectivo, 3 veces más riesgos de trastornos ansiosos, 24 veces más riesgos para diagnósticos de personalidades antisociales (concepto a discutir) y 13 veces más riesgos para trastornos relacionados con el alcohol.

En Australia, Darke y col. (12) y Swift y col. (60) encontraron un 60% de psicopatología en los toxicómanos evaluados por un cuestionario general de salud.

La ECA, Rounsaville y Kleber (49) muestran igualmente que los toxicómanos en tratamiento tienen significativamente tasas más altas de psicopatología que los que no lo están. Los determinantes de entrada en tratamiento son más las dificultades sociales y psicológicas que el consumo de drogas, principalmente en los cuadros de trastornos depresivos.

Toda crisis puede precipitar la decisión de entrar en tratamiento, por tanto no es imposible que los estudios de prevalencia de incorporación a tratamiento, sobrevaloren la relación entre esto y la depresión.

La depresión es desde este punto de vista instructiva. Es el factor de comorbilidad psiquiátrica más elevado en los toxicómanos (Khantzián y Treece (29); Regier y col.(47); Rounsaville y col. (52); Weissman y col. (63)). Está asociada a un empeoramiento del funcionamiento psicosocial (Rounsaville-51) y a un aumento del riesgo de recaídas en la heroína en el momento de una crisis existencial en los toxicómanos en programas de metadona.

La depresión puede conducir a la heroínomanía en una tentativa de auto-medicación, inducir una dependencia más severa que la observada en los individuos no deprimidos. Puede aparecer como el resultado de la dependencia y estar asociada al estilo de vida que la acompaña. Puede ser también el resultado de factores comunes que han generado tanto la toxicomanía como la depresión (pobreza, falta de soporte social, etc...) o de un trastorno neuroquímico sin relación con la toxicomanía.

La distinción más importante en términos de opción terapéutica es saber si la depresión es previa o consecuencia de la toxicomanía. Si la depresión es la consecuencia del stress asociado

a la vida del toxicómano, el tratamiento de la dependencia debería conducir a la resolución de los síntomas depresivos. La constante observada de una relación entre el tiempo pasado en mantenimiento con metadona y disminución de la depresión apoya este argumento en cierto número de pacientes (Dorus y Senay (17); Steer y Koztker (56); Strain y col. (59)).

Sin embargo, este resultado no es sistemático. Los trastornos depresivos que sobrevienen como resultado de la particular vida del drogodependiente pueden también adquirir una dinámica propia y transformarse en crónicos.

Si la toxicomanía es la consecuencia de un trastorno psicopatológico pre-existente, el tratamiento supone tratar la psicopatología subyacente (Khantzian (30)).

La importancia de los soportes psicosociales en los tratamientos con metadona es uno de los capítulos mas controvertidos.

El termino "soutien" (apoyo) o de servicios psicosociales no implica ninguna definición clara ni en los Estados Unidos -donde el debate permanece todavía después de 30 años- ni en Europa donde apenas ha sido abordado. Hay que esperar al estudio en profundidad de los factores de los programas (Ball y Ross (5)) para disponer al fin de una descripción concreta de las actividades cotidianas de tales programas. Otros estudios GAO (19); Calsyn y col.(7); Hubbard y col. (25)) dan igualmente algunas indicaciones sobre los servicios psicosociales ofertados en diferentes programas.

Fuera del continente americano, solamente el estudio de Baillie y col.(3) en Australia da una descripción en profundidad de 17 programas de mantenimiento.

De la comparación de estos diferentes programas destacamos diferencias importantes. En Australia, los programas de mantenimiento con metadona están constituidos por profesionales, principalmente enfermeros. En Estados Unidos, los asesores son profesionales o antiguos toxicómanos que han seguido una formación. Las tareas respectivas dentro de estas actividades psicosociales son muy variadas: encuentros informales, encuentros regulares, actuaciones estrictamente sociales, actuaciones de tipo psicoterapéutico, trabajo grupal, citas individuales. Tal variabilidad hace difícil la comparación y la evaluación de resultados.

Los tres estudios aleatorios incluyen un alto nivel de asistencia psicosocial. Para Dole (16) y Newman (45), los servicios psicosociales son necesarios no sólo para resolver problemas de psicopatología preexistentes en los toxicómanos, sino también para ayudarles a resolver problemas actuales (gestiones sociales, problemas legales, reorganización de la vida familiar) generados por la vida pasada en la delincuencia y la marginalidad.

Como lo recuerdan Newman y Peyser (44), existe una creencia aferrada de que estos servicios son los factores mas importantes de los programas de metadona, a pesar de no haber ninguna evidencia que confirme esta afirmación. Esta creencia es la expresión de la dificultad de pensar en que la metadona, por ella misma, puede aportar cambios importantes en la vida de los toxicómanos.

El estudio aleatorio de Yancoviz y col. (68) en un programa de metadona constituido a

partir de una lista de espera, va en el mismo sentido, aunque sea imposible de sacar conclusiones definitivas.

Dos estudios observacionales intentan demostrar el fundamento de los enfoques psicosociales. Aunque presentando dificultades metodológicas, deben ser tenidos en cuenta (Ramer y col (46); Longwell y col (31)).

Ball y Ross (5) muestran la importancia concedida a estos servicios, tanto por los equipos como por los pacientes. Un nivel alto de servicios psicosociales está asociado a una disminución significativa del uso de heroína y de cocaína y a una menor criminalidad. Sus conclusiones están de acuerdo con las de Joe y col.(TOPS-27). La retención en el tratamiento y servicios psicosociales están significativamente correlacionados.

McLellan y col. (37) muestran de manera -definitiva- la importancia de los servicios psicosociales. Este estudio comporta tres cohortes aleatorias en las cuales los pacientes reciben dosis idénticas de metadona y "dosis" crecientes de servicios psicosociales. Los resultados son significativos. Otros autores, al contrario, recuerdan que los servicios psicosociales son de un coste elevado y dificultan la accesibilidad cuando hay un número importante de pacientes en mantenimiento.

PSICOTERAPIAS.

Las psicoterapias hay que diferenciarlas de los servicios psicosociales en la medida en que éstas intentan modificar el funcionamiento mental de los toxicómanos, ya se trate de una concepción psicodinámica de los conflictos internos, o de una concepción cognitivo-comportamental de conductas, pensamientos o emociones mal adaptadas. Los estudios aleatorios de Rounsaville y col.(50, 51) comparan seis meses de psicoterapia interpersonal con frecuencia semanal con una cita mensual con el psiquiatra. No encuentran ninguna diferencia en los resultados ni durante el estudio ni durante el seguimiento de dos años y medio. La tasa de abandonos de tratamiento es incluso superior en la cohorte seguida sobre el plan psicoterapéutico. Rounsaville y sus colaboradores piensan que esta ausencia de beneficios está relacionada con que un programa de metadona implica un alto nivel de consejos psicosociales y grupos terapéuticos semanales.

Actualmente, el único estudio que aporta una respuesta positiva al fundamento de la psicoterapia en el seno de los tratamientos con metadona es el de Woody y col. (64,66). Ciento diez pacientes masculinos en tratamiento con metadona son asignados al azar a tres condiciones: una psicoterapia de inspiración psicodinámica más un apoyo psicosocial; una psicoterapia de inspiración cognitivo-comportamental más un apoyo psicosocial; solamente un apoyo psicosocial. Las sesiones de psicoterapia, así como las de apoyo son semanales y el estudio duró seis meses. Al séptimo mes de seguimiento, los pacientes que habían recibido una psicoterapia, o sea los dos primeros grupos, muestran mejorías netas y significativas. Las más importantes para el grupo I (psicodinámico) se sitúan en el campo psiquiátrico y en el de empleo; para el grupo II (cognitivo-comportamental) en el ámbito legal. En términos de uso de opiáceos ilegales, los dos primeros grupos presentan una mejoría más importante que el grupo III, aunque éste último fue mantenido con dosis superiores de metadona. Estos dos

grupos I y II disminuyen durante el estudio. Finalmente los pacientes del tercer grupo reciben prescripciones de psicotropos antes que los pacientes en psicoterapia: las prescripciones para el tercer grupo aumentan durante el período de estudio y disminuyen para los dos primeros grupos. Las diferencias entre los dos grupos psicoterapéuticos se notan en algunos campos.

En el seguimiento realizado a doce meses, los autores (Woody y col.((66)) constatan que las mejoras son mantenidas e incluso aumentadas en los grupos sometidos a psicoterapia mientras que el declive de estas mejoras se ha iniciado ya en el grupo III. Los pacientes de los grupos I y III continúan recibiendo dosis mas bajas de metadona y menos tratamientos farmacológicos.

En otro estudio en el seno del mismo programa (McLellan y col.(35)), los pacientes son asignados al azar a una psicoterapia de tipo cognitivo-comportamental o solamente a un apoyo social. Este estudio confirma los resultados del precedente.

El estudio de Woody y col. (6) examina después de siete meses de seguimiento la relación entre la importancia de los trastornos psicopatológicos y los resultados del tratamiento. La escala propuesta por el Addiction Severity Index (Escala de Gravedad de la Adicción) permite clasificar a los pacientes en tres grupos (psicopatología débil, media y grave) y reanalizar los datos por subgrupos terapéuticos.

Mejoras significativas son encontradas en los pacientes que presentan psicopatología débil en los tres grupos y si añadimos psicoterapia no ofrece ventajas. En el grupo de la psicopatología media, aparecen cambios positivos en los tres subgrupos, pero los grupos psicoterapéuticos muestran mejoras más importantes. Los pacientes de este subgrupo sometidos sólo a apoyo social son mantenidos con dosis significativamente más elevadas de metadona y requieren antes tratamientos farmacológicos. El beneficio de la psicoterapia debe aparecer antes para los pacientes con psicopatología importante. Las mejoras se miden en términos de empleo, de mejoras en el campo legal y mejoras en el funcionamiento psiquiátrico. El grupo de pacientes sin psicoterapia necesita más metadona y más tratamientos farmacológicos.

Una de las discusiones posibles a estos resultados puede ser que el factor actuante es menos la técnica psicoterapéutica (efecto específico) que una presencia acrecentada -específica- (cantidad de tratamiento) alrededor de los pacientes. Este punto ha sido controlado en el estudio de Woody, él comprueba que la intensidad de los contactos es la misma en los dos subgrupos.

Sin embargo la relación entre severidad psiquiátrica y respuesta al tratamiento no tiene necesariamente la simplicidad descrita hasta el momento. Ball y Ross (5) no lo establecen, a pesar de tener una muestra suficiente de población para detectar tal relación y la utilización del mismo instrumento, el ASI, que en los estudios anteriores. Cualquiera que sea, está actualmente admitido por la mayoría de expertos que un problema psiquiátrico debe ser tratado por métodos psicoterapéuticos, por métodos farmacológicos paralelos a la metadona, o por los dos.

La cuestión de la *personalidad antisocial* (ASP) queda abierta, así como su respuesta a la

terapia.

Woody y col. (65), utilizando el protocolo del estudio precedente, dividen a los pacientes en cuatro categorías:

- Los que tienen solamente un diagnóstico de dependencia a opiáceos.
- A los que se le adjunta un diagnóstico de depresión.
- Los que presentan los diagnósticos 1,2 y además se diagnostican de ASP.
- Finalmente, los que son descritos como dependientes, con un diagnóstico de ASP sin trastorno depresivo.

Ellos concluyen que la psicoterapia, confirmando lo que ya se sabía, no aporta ningún beneficio a los pacientes que presentan un trastorno antisocial de la personalidad sin diagnóstico de depresión, contrariamente a los que lo presentan.

A los pacientes ASP les queda la indicación de la metadona; en estos casos se observa una reducción en el uso de drogas ilegales y de la delincuencia.

En el seno del estudio de Filadelfia (Luborski y col. (32)), se ha puesto un creciente interés sobre el factor -terapeuta- como elemento significativo de los tratamientos con metadona. Los autores muestran que se observan diferencias significativas entre los diferentes terapeutas dentro de la misma modalidad terapéutica. Encuentran (1986) que en más de 500 estudios referenciados durante los años 80 sobre la psicoterapia, muy pocos han examinado estas diferencias entre los terapeutas de modalidades análogas. Los autores reexaminan los datos de 4 estudios (incluyendo el de Filadelfia) y encuentran que las diferencias entre los terapeutas son significativas. Los efectos -terapeuta- parecen ser incluso superiores a la técnica terapéutica.

Luborski resume las características positivas de los terapeutas:

- Desarrollar una relación calurosa y acogedora a fin de crear las bases de una alianza terapéutica.
- Utilizar técnicas terapéuticas de acuerdo con las teorías expuestas.

McLellan y col. (38), Zwebwn (69) y Miller y Brown (4) confirman estos resultados.

Crits-Christoph y col. (10) evalúan en 55% el efecto -terapeuta- en la variabilidad de los resultados observados.

Los factores ligados a los psicoterapeutas deberán, por tanto, ser controlados en futuros estudios, antes de sacar conclusiones en las diferencias de eficacia entre las técnicas.

CONCLUSIONES.

Si el fundamento del mantenimiento con metadona es admitido, queda todavía por definir localmente las condiciones óptimas según los objetivos que se marquen las diferentes modalidades de programas. Donde predominen, por ejemplo, los programas de alto nivel de exigencia , es decir con múltiples servicios médico-psicosociales de apoyo, el riesgo está en que estos programas absorban gran parte del presupuesto para un número limitado de pacientes, en detrimento de programas menos completos pero permitiendo el acogimiento de un número importante de toxicómanos. Si los objetivos de salud pública son prioritarios, la accesibilidad debe ser máxima.

La psicopatología y la politoxicomanía son actualmente dos hechos importantes. Suponen intervenciones específicas y costosas en términos de servicios . Estas intervenciones son, por tanto, necesarias en la medida en que cada vez es más evidente que el tratamiento con metadona es la única modalidad terapéutica capaz de retener en programa a los toxicómanos que presentan estas comorbilidades.

A menudo es recordado que los programas de metadona deben permitir una reinserción socioprofesional de los toxicómanos. Si esto era verdad en los momentos de empleo abundante, la situación es hoy más compleja; al mantener este objetivo debe ser adaptado a la realidad del mercado de trabajo. Al contrario, la creación de redes sociales fuera del contexto marginal del consumo, es un objetivo social prioritario. La cuestión es saber cómo realizarlo, fuera o sobre los márgenes del mercado de empleo.

En términos de problemática colectiva y comunitaria, los tratamientos con metadona y la política de reducción de riesgos en su conjunto conducen a las ciudades y a sus habitantes a reaprender a vivir con los toxicómanos, seres que habían sido excluidos a la invisibilidad.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- ANCLIN (M.D.) et McGLOTHLIN (W.H.): "Outcome of narcotic addict treatment in California". In

- TIMS (F.M.) et LUDFORD (J.P.) (Eds), *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospect*. NIDA Research Monograph, 51, Maryland: National Institute on drug Abuse, 1984.
- 2.- ANGLIN (M.D.) SPTECKART (G.R.), BOOTH (M.W.) et RIAN (T.M.): "Consequences and cost of shutting of methadone". *Addictive Behaviors*, 14, 1989, pp, 302-326.
 - 3.- BAILLIE (A.J.), WEBS (P.) et MATTICK (R.P.): *National Survey of Treatment Procedures for Opiate Users*. NDARC Working Paper n° 5, Sydney: Nations Drug & Alcohol Research Centre, 1991.
 - 4.- BALL (J.C.), LANGE (W.R.), MYERS (C.P.) et FRIEDMAN (S.R.): "Reducing the risk of AIDS through methadon maintenance treatment", *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 1988, pp. 214-226.
 - 5.- BALL (J.C.) et ROSS (A.): *The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. Patients, Programs, Services, and Outcome*, New York: Springer-Verlag, 1991.
 - 6.- BERKEN (G.H.), STONE (M.M.) et STONES (S.K.): "Methadone in schizophrenic rage: A case study", *American Journal of Psychiatry*, 135, 1978 pp. 248-249.
 - 7.- CALSYN (D.A.), SAXON (A.J.), BLAES (P.) et LEEMEYER (S.): "Staffing patterns of American methadone maintenance programs", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 1990, pp. 255-259.
 - 8.- CAPLEHORN (J.) et BELL (J.): "Methadone Dosage and retention of patients in maintenance treatment", *The Medical Journal of Australia*, 154, 1991.
 - 9.- CAPLEHORN (J.), BELL (J.), KLAINBAUM (D.), GEBSKI (V.): "Methadone dose and heroin use during maintenance treatment", *Addiction*, 88, 1993, pp. 119-124.
 - 10.- CRTIS-CHRISTOPH (P.), BEEBE (K.L.) et CONNOLLY (M.B.): "Therapis effects in the treatment of drug dependence: Implications for conducting comparative treatment studies". In ONKEN (L.S.) et BLAINE (J.D.) (Eds). *Psychotherapy and Counseling in the Treatment of Drug Abuse*, NIDA Research Monograph 104, Maryland: National on Drug Abuse, 1990.
 - 11.- CUSHMAN (P.): "Methadone maintenance: Long-term follow-up detoxified patients", *Annals of de New York Academy of Sciences*, 311, 1978b, pp. 165-172.
 - 12.- DARKE (S.), WODAK (A.), HALL (W.), HEATHER (N.) et WARD (J.): "Prevalence and preditors of psychopathology among opioid users", *British Journal of Addiction*, 1993.
 - 13.- DOLE (V.P.) et JOSEPH (H.J.): "Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, 1978, pp. 181-189.
 - 14.- DOLE (V.P.) et NYSWANDER (M.). "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction". *Journal of de American Medical Association*, 193, 1965, pp. 181-189.
 - 15.- DOLE (V.P.) et NYSWANDER (M.). "Heroin addiction a metaboilic disease", *Archives of Internal Medicine*, 120, 1967, pp. 19-24.
 - 16.- DOLE (V.P.), ROBINSON (J.W.), ORRACA (J.), TOWNS (E.), SEARCY (P.) et CAINE (E.): "Methadone treatment of randomly selected criminal addicts", *New England Journal Medicine*, 280, 1969, pp. 1372-1375.
 - 17.- DORUS (W.) et SENAY (E.C.): "Depression, demographic, dimensions, and drug abuse", *American Journal of Psychiatry*, 137, 1980, pp. 699-704.
 - 18.- GEARING (F.R.) et SCHWEITZER (M.D.): "And epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addictional", *American J. of Epidemiology*, 100, 1974, pp. 101-102.

- 19.- General Accounting Office: "Report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse and Control, House of representatives", *Methadone Maintenance: Some treatment Programs Are Not Effective; Greater Federal Oversight Needed*, General Accounting Office, Washington, DC, 1990.
- 20.- GOLDSTEIN (A.), HANSTEEN (R.W.) et HORNS (W.H.): "Control of methadone dosage by patients", *Journal of the American Medical Association*, 234, 1975, pp. 734-737.
- 21.- GRÖNBLADH (L.), OHLUND (L.S.) et GUNNE (L.M.): "Mortality in heroin addiction; impact of methadone treatment", *Acta Psychiatr, Scand.*, 82, 1990, pp. 223-227.
- 22.- GUNNE (L.M.) et GRÖNBLADH (L.): "The Swedish methadone maintenance program: A controlled study", *Drug and Alcohol Dependence*, 7, 1981, pp. 249-256.
- 23.- HAVASSY (B.) et HARGREAVES (W.A.): "Self-regulation of dose in methadone maintenance with contingent privileges", *Addictive Behaviors*, 4, 1979, pp. 31-38.
- 24.- HAVASSY (B.) et HARGREAVES (W.A.): "Allowing methadone clients control over dosage. A 48-week controlled trial", *Addictive Behaviors*, 6, 1981, pp. 283-288.
- 25.- HUBBARD (R.L.), MARSDEN (M.E.), RACHAL (J.V.), HARWOOD (H.J.), CAVANAUGH (E.R.) et GINBURG (H.M.): *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*, USA: University of North Carolina Press. 1989.
- 26.- HUBBARD (R.L.), RACHAL (J.V.), CRADDOCK (S.G.) et CAVANAUGH (E.R.): "Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during, and after treatment" In TIMMS (F.M.) et LUDFORD (J.P.) (Eds), *Drug abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects*, NIDA Research Monograph, 51, 1984.
- 27.- JOE (G.W.), SIMPSON (D.D.) et HUBBARD (R.L.): "Treatment predictors of tenure in methadone maintenance", *Journal of Substance Abuse*, 3, 1991, pp. 73-84.
- 28.- JUDSON (B.A.), HIMMELBERGER (D.U.) et GOLDSTEIN (A.): "The naloxone test for opiate dependence", *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 27, 1980, pp. 492-501.
- 29.- KHANTZIAN (E.J.) et TREECE (C.): "DSM III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985 pp. 1067-1071.
- 30.- KHANTZIAN (E.J.): "The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence", *American Journal of Psychiatry*, 142, 1985b, pp. 1259-1264.
- 31.- LONGWELL (B.), MILLER (J.) et NICHOLS (A.W.): "Counselor effectiveness in a methadone maintenance program". *International Journal of the Addictions*, 13, 1978, pp. 307-315.
- 32.- LOBORSKY (L.), McLELLAN (A.T.), WOODY (G.E.), O'BRIEN (C.P.) et AUERBACH (A.): "Therapist success and its determinants", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, pp. 602-611.
- 33.- McGLOTHLIN (W.H.) et ANGLIN (M.D.): "Long-term follow-up of clients on high-and-low-dose methadone programs", *Archives of General Psychiatry*, 38, 1981a, pp. 1055-1063.
- 34.- McLELLAN (A.T.): "Patient characteristics associated with outcome" In COOPER (J.R.), ALTMAN (F.), BROWN (B.S.) et CZECHOWICZ (D.) (Eds), *Research of the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*, Maryland: NIDA, US Department of Health and Human Sciences, 1983.
- 35.- McLELLAN (A.T.), CHILDRESS (A.R.), EHRMAN (R.), O'BRIEN (C.P.) et PASHKO (S.): "Extinguishing conditioned responses during opiate dependence treatment: Turning laboratory findings into clinical procedures", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 1986, pp. 33-40.

- 36.- McLELLAN (A.T.), CHILDRESS (A.R.) et WOODY (G.E.): "The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance or therapeutic community?", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 1984, pp. 77-95.
- 37.- McLELLAN (A.T.), ARNDT (I.O.), METTZGER (D.S.), WOODY (G.E.) et O'BRIEN (C.P.): "The Effects of Psycho-social Services in Substance Abuse Treatment", *JAMA*, 269, 15, 1993.
- 38.- McLELLAN (A.T.), WOODY (G.E.), LUBORSKY (L.) et GOEHL (L.): "Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors" *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 1988, pp. 423-430.
- 39.- MELTZER (J.D.) et KATZ (S.E.): "Methadone patients: Dosage, psychopathology, and research participation", *International Journal of the Addictions*, 15, 1980, pp. 1097-1102.
- 40.- MEYER (R.E.): "How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egg", In HEATHER (N.), MILLER (W.R.) et GREELEY (J.) (Eds), *Self-control in the Addictive Disorders*, USA: Guilford, 1986.
- 41.- MEYER (W.R.) et BROWN (J.M.): "Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours", In HEATHERS (N.), MEYER (W.R.) et GREELEY (J.) (Eds), *Self Control in the Addictive Behaviours*, Australia: Maxwell Macmillan, 1991.
- 42.- MINO (A.): "Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou morphine", *Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la Santé Publique*, 1990, pp. 155-186.
- 43.- NEWMAN (R.G.): "The role of ancillary services in methadone maintenance treatment", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 1974, pp. 207-212.
- 44.- NEWMAN (R.G.) et PEYSER (N.): "Methadone treatment: Experiment and experience", *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 1991, pp. 115-121.
- 45.- NEWMAN (R.G.) et WHITEHILL (W.B.): "Doubleblind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong", *Lancet*, 1979, pp. 485-488.
- 46.- RAMER (B.S.), ZASLOVE (M.O.) et LANGAN (J.): "Is methadone enough? The use of ancillary treatment during methadone maintenance", *American Journal of Psychiatry*, 127, 1971, pp. 80-84.
- 47.- REGIER (D.A.), FARMER (M.E.), RAE (D.S.), LOCKE (B.Z.), KREITH (S.J.), JUDD (L.L.) et GOODWIN (F.K.): "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study", *Journal of the American Medical Association*, 264, 1990, pp. 2511- 2518.
- 48.- ROSENBAUM (M.), IRWIN (J.) et MURPHY (S.): "De facto destabilisation as policy: The impact of short-term methadone maintenance", *Contemporary Drug Problems*, 15, 1988, pp. 491-517.
- 49.- ROUNSAVILLE (B.J.) et KLEBER (H.D.): "Untreated opiate addicts: How do they differ from those seeking treatment?", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985a, pp. 1072-1077.
- 50.- ROUNSAVILLE (B.J.), GLAZER (W.), WILBER (C.H.), WEISSMAN (M.M.) et KLEBER (H.D.): "Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts", *Archives of General Psychiatry*, 40, 1983 pp. 629-636.
- 51.- ROUNSAVILLE (B.J.), KOSTEN (T.R.), WEISSMAN (M.M.) et KLEBER (H.D.): "Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts", *Archives of General Psychiatry*, 43, 1986b, pp. 739-745.

- 52.- ROUNSAVILLE (B.J.), WEISSMAN (M.M.), KLEBER (H.D.) et WILBERT (C.): "Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts", *Archives of General Psychiatry*, 39, 1982, pp. 161-166.
- 53.- SIMPSON (D.D.): "The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome", *American Journal of Psychiatry*, 136, 1979, pp. 1449-1453.
- 54.- SIMPSON (D.D.): "Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent", *Archives of General Psychiatry*, 38, 1981, pp. 875-880.
- 55.- SIMPSON (D.D.) et SELLS (S.B.) : "Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program", *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2 (1), 1982, pp. 7-29.
- 56.- STEER (R.A.) et KOTZKER (E.): "Affective changes in male and female methadone patients", *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 1980, pp. 115-122.
- 57.- STIMMEL (B.), GOLDBERG (J.), ROTKOPF, (E.) et COHEN (M.): "Ability of remain abstinent after methadone detoxification: A six year study", *Journal of the American Medical Association*, 237, 1997, pp. 1216-1220.
- 58.- STIMMEL (B.), GOLDBERG (J.), COHEN (M.) et ROTKOPF, (E.): "Detoxification from methadone maintenance: Risk factors associated with relapse to narcotic use", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311, 1978, pp. 173-180.
- 59.- STRAIN (E.C.), STITZER (M.L.) et BIGELOW (G.E.): "Early treatment time course of depressive symptoms in opiate addicts", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1979, 1991b, pp. 215-221.
- 60.- SWIFT (W.), WILLIAMS (G.), NEILL (O.) et GRENYER (B.): "The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment", *British Journal Of Addiction*, 85, 1990, pp. 629-634.
- 61.- TREECE (C.) et NICHOLSON (B): "DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 1980, pp. 621-8.
- 62.- VEREBEY (K.): "Opioids in mental illness: Theories, Clinical observations, and treatment possibilities", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 398, 1982.
- 63.- WEISSMAN (M.M.), SLOBETZ (F.), PRUSOFF (B.), MEZRITZ (M.) et HOWARD (P.): "Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community", *American Journal of Psychiatry*, 133, 1976, pp. 1434-1438.
- 64.- WOODY (G.E.), LUBORSKY (L.), McLELLAN (A.T.), O'BRIEN (C.P.), BECK (A.T.), BLAINE (J.), HERMAN (I.) et HOLP (A.) : "Psychotherapy for opiate addicts. Does it help?", *Archives of General Psychiatry*, 40, 1983, pp. 639-645.
- 65.- WOODY (G.E.), McLELLAN (A.T.), LUBORSKY (L.) et O'BRIEN (C.P.): "Sociopathy and psychotherapy outcome", *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985b, pp. 1081-1086.
- 66.- WOODY (G.E.), McLELLAN (A.T.), LUBORSKY (L.) et O'BRIEN (C.P.): "Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence", *American Journal of Psychiatry*, 144, 1987, pp. 590-596.
- 67.- WOODY (G.E.), McLELLAN (A.T.), LUBORSKY (L.) et O'BRIEN (C.P.), BLAINE (J.), FOX (S.), HERMAN (I.) et BECK (A.T.): "Severity of psychiatry symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: The Veterans Administration-Penn Study", *American Journal of Psychiatry*, 141, 1984, pp. 1172-1177.
- 68.- YANKOVITZ (S.R.), DES JARLAIS (D.C.), PEYSER (N.P.), DREW (E.), FREIDMANN (P.), TRIGG (H.L.) et ROBINSON (J.W.): "A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic", *American Journal of Public Health*, 81, 1991, pp.1185-1191.

69.- ZWEBEN (J.E.): "Counseling issues in methadone maintenance treatment", *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 1991, pp. 177-190.