



emcdda.europa.eu

Successful treatment

EMCDDA 2002 selected issue

In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

por ejemplo, a base de metadona. En el Reino Unido, las directrices oficiales en materia de prescripción (Ministerio de Sanidad *et al.*, 1999) destacan que no se deben recetar estimulantes a los consumidores de varias drogas.

En todos los países salvo en Suecia, un grave problema consiste en controlar las sustancias distintas de los opiáceos mediante tratamiento con asistencia médica, por ejemplo, a base de metadona. En otros países, la ventaja de tener contacto periódico con los consumidores de drogas que participan en programas de sustitución se considera más importante que la desventaja del consumo simultáneo de otras drogas. En Suecia, sin embargo, los consumidores de varias drogas no son admitidos al tratamiento con metadona, independientemente de la gravedad de su adicción a la heroína.

A menudo se diagnostica comorbilidad psiquiátrica a los consumidores de varias drogas. Dinamarca, Países Bajos, Austria y Suecia señalan un crecimiento elevado y quizás creciente del número de consumidores de varias drogas ingresados en hospitales psiquiátricos.

Se han realizado muy pocos estudios sobre la eficacia del tratamiento de consumidores de varias drogas. Por lo general, la adaptación del tratamiento a cada caso concreto contribuye al éxito del tratamiento. El estudio británico NTORS puso de manifiesto que, tras un año, los consumidores de opiáceos que eran consumidores asiduos de estimulantes al inicio del estudio mostraron una mejora considerable en términos de reducción del consumo de opiáceos y estimulantes (Gossop *et al.*, 1998). En Grecia, los programas de sustitución señalan que las intervenciones de tratamiento contribuyen a reducir el consumo de varias drogas (Kethea y NSPH, 2001).

El desarrollo de programas especiales de tratamiento para grupos específicos como por ejemplo los consumidores de varias drogas es considerado una necesidad en el informe nacional de Alemania, y el Reino Unido propone que se difundan los ejemplos de buenas prácticas. Finlandia afirma la necesidad de formación y ya se encuentran en curso algunas actividades encaminadas a formar al personal encargado del tratamiento de consumidores de varias drogas.

Consumidores de drogas recreativas

Algunos países (España, Francia e Italia) han lanzado amplias campañas en los medios de comunicación contra el consumo de varias drogas en entornos recreativos. En Italia, la campaña fue apoyada por iniciativas locales en importantes eventos destinados a la juventud. No siempre se mencionan las sustancias concretas y no se explican con claridad las consecuencias de dicho con-

sumo. En otros países (Bélgica, Alemania, Países Bajos, Austria y Reino Unido) estas advertencias y consejos de carácter sanitario se transmiten a través de los trabajadores sociales encargados de drogodependientes y de grupos de autoayuda y de expertos.

Los proyectos de análisis de pastillas pueden comunicar sobre el terreno a los consumidores que una pastilla tiene un contenido peligroso e inesperado mediante revistas y carteles o bien a través de Internet. Por ejemplo, en el otoño de 2000, el proyecto «ChEck iT!» de Austria descubrió que varias pastillas vendidas como éxtasis contenían PMA/PMMA e inmediatamente difundió advertencias sobre el terreno y a través de Internet (Kriener *et al.*, 2001). En noviembre de 2001 el proyecto neerlandés DIMS, por ejemplo, ofrecía una alerta rápida sobre pastillas que contenían PMA.

No existe virtualmente un tratamiento para los consumidores de varias drogas en entornos recreativos. Una de las razones de ello podría ser que la mayoría de los servicios de drogodependencia tan sólo están equipados para hacer frente a los opiáceos y a los problemas graves de dependencia.

Cuestiones relativas a las políticas

Para comprender mejor las circunstancias sociales y medioambientales que contribuyen al riesgo entre los distintos grupos de consumidores de drogas es necesario estudiar los rituales y controles sociales que los consumidores de varias drogas utilizan para alcanzar los efectos deseados al tiempo que reducen el riesgo que corren (Boys *et al.*, 2000; Decorte, 1999; Akram y Galt, 1999).

La prevención, sobre todo en entornos recreativos, debería incluir una orientación clara y consejos sobre los riesgos que conlleva el consumo de varias drogas. Se requieren más conocimientos basados en pruebas para determinar la mejor asistencia posible para los consumidores de varias drogas y, especialmente, para los consumidores problemáticos con trastornos psíquicos.

Para comprender mejor los riesgos farmacotológicos que presentan determinadas combinaciones es prioritario que los clínicos realicen un seguimiento de aquellos pacientes con presuntas intoxicaciones por drogas y ofrecer información basada en pruebas sobre los daños agudos y a largo plazo para la salud.

Éxito del tratamiento

En el plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2000-2004), el tercer objetivo de esta estrategia consiste en «aumentar sustancialmente el número

Cuestiones particulares

de adictos tratados con éxito». No existen datos agregados a escala europea para medir directamente hasta qué punto se ha alcanzado este objetivo. Sin embargo, en toda Europa se han efectuado numerosas evaluaciones que estudian los tipos de tratamientos y su eficacia. Aquí presentaremos los resultados de los estudios sobre los tratamientos eficaces, ordenados por el tipo de intervención: tratamiento de abstinencia, tratamiento sin drogas y tratamiento con asistencia médica. Los criterios de eficacia varían entre los distintos tipos de tratamiento y están relacionados igualmente con la reintegración social y la rehabilitación tras el tratamiento.

Tratamiento de abstinencia

El tratamiento de abstinencia o desintoxicación se considera por lo general el primer paso de un proceso terapéutico completo. Esta intervención pretende, antes que nada, llegar a una etapa en la que el paciente quede libre físicamente de la droga y no sienta necesidad de consumir drogas ilegales y, en segundo lugar, lograr el traslado o envío del paciente al tratamiento sin drogas. En Suecia y Finlandia este proceso es una condición previa para iniciar un tratamiento con metadona.

En todos los Estados miembros y en Noruega se han efectuado evaluaciones del tratamiento de abstinencia y, sin embargo, es el tipo de intervención que ha sido menos evaluado. En general, el tratamiento de la abstinencia con medicamentos como naltrexona, clonidina, lofexidina y buprenorfina ha demostrado su eficacia para reducir los signos y síntomas de abstinencia, aunque su efecto sobre los distintos tipos de síntomas de abstinencia varía entre medicamentos (Greenstein *et al.*, 1997). La metadona se utiliza ampliamente para el tratamiento de los síntomas de abstinencia, aunque los resultados de los estudios señalan que las ventajas de la metadona se encuentran en la terapia de mantenimiento.

También existe el tratamiento de abstinencia sin emplear medicamentos, también conocido como «pasar el mono», aunque no se conoce realmente su alcance. Tampoco existen informes sobre los efectos y resultados del tratamiento de la abstinencia sin asistencia médica por oposición al tratamiento de la abstinencia con asistencia médica. El concepto recientemente aparecido de desintoxicación rápida con naltrexona bajo anestesia total (a veces denominado «tratamiento de abstinencia turbo») debe investigarse con mayor profundidad.

Una intervención realizada en Portugal, que combina la administración de naltrexona y psicoterapia, puso de relieve que a los tres meses se producía una mejora considerable de las variables sociodemográficas y psicológicas, así como de la conducta de riesgo (Costa, 2000). Un

experimento llevado a cabo en Alemania desintoxicaba a los consumidores de metadona utilizando naltrexona bajo anestesia total. Los pacientes se mostraban satisfechos, pero un 50 % de ellos señalaba haber sufrido serias molestias durante el primer mes después de la intervención. Una tercera parte de los pacientes no habían consumido drogas duras seis meses después de haber sido dados de alta (Tretter *et al.*, 2001).

Aunque algunos tratamientos de abstinencia han sido objeto de evaluaciones, se requieren conocimientos más exhaustivos sobre las ventajas y desventajas de sus distintas modalidades y sobre el tipo de tratamiento de la abstinencia que debe utilizarse para los distintos tipos de pacientes.

Tratamiento sin drogas

El tratamiento sin drogas aplica técnicas psicosociales para que el paciente se abstenga, en primer lugar, de consumir drogas y a continuación no sienta necesidad a largo plazo de consumirlas. El principal criterio de eficacia del tratamiento sin drogas es completar el tratamiento sin consumir drogas, como estaba previsto, aunque también son fundamentales otros criterios, como las mejoras del bienestar psicológico, social y económico. Algunos efectos «secundarios» importantes son la reducción de la conducta delictiva y de riesgo, así como la mejora de la salud y del bienestar en general del paciente.

Las evaluaciones de los tratamientos sin drogas han indicado que tienen éxito en menor o mayor medida en la consecución de estos objetivos (Gossop *et al.*, 2001). Los resultados de las evaluaciones varían considerablemente, pero en general entre un 30 % y un 50 % de los pacientes admitidos a tratamientos sin drogas los concluyen con éxito. Un estudio danés llegó a la conclusión de que, dependiendo del tipo de tratamiento sin droga, las tasas de éxito iban del 17 % al 58 % de los pacientes admitidos a dicho tratamiento (Pedersen, 2000).

Otra idea que ha sido objeto de un amplio reconocimiento es que la duración del tratamiento está estrechamente relacionada con su resultado, en otras palabras, cuanto más dure el tratamiento sin drogas, mejor. Esta idea es respaldada por un estudio alemán que señala que las tasas de retención o la duración de los tratamientos sin drogas guardan una relación directa con sus resultados (Sonntag *et al.*, 2000). Algunos estudios han intentado determinar el umbral a partir del cual mejoran los resultados. Uno de ellos descubrió que los pacientes que permanecían en tratamiento hospitalario sin drogas durante 90 días lograban mejores resultados (en cuanto a la abstinencia de opiáceos y estimulantes, así como a la reducción del consumo por vía parenteral) un año después de haber sido dados de alta que aquellos cuyo

2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

tratamiento terminaba antes. Esto queda confirmado por un estudio griego que observó que los pacientes que abandonaban el tratamiento durante los primeros tres meses tan sólo reducían su consumo de heroína en un 11 %, en comparación con el 76 % obtenido por aquellos que permanecían al menos un año (Kethea, 2001).

En relación con la eficacia a largo plazo, un estudio austríaco concluía que un programa de tratamiento que se concentra en las intervenciones de tipo social y psicoterapéutico aumentaba considerablemente la competencia social y la satisfacción subjetiva de los pacientes, lo que da lugar a su estabilidad a largo plazo (Wirth, 2001).

El Estudio Nacional sobre Resultados de Tratamientos (National Treatment Outcome Research Study, NTORS) fue creado en 1994 a instancias del Ministro de Sanidad británico para evaluar la efectividad de los servicios de tratamiento por abuso de drogas en el Reino Unido. Este estudio seleccionó a 1 075 pacientes para el proyecto y realizó un seguimiento de estos durante cinco años consecutivos. Se seleccionó una muestra estratificada aleatoria de 650 pacientes a la que se realizó un seguimiento en cuatro modalidades distintas de tratamiento: tratamiento en hospital, rehabilitación a domicilio, reducción mediante metadona o mantenimiento con metadona. El principal resultado de este estudio fue que las personas tratadas mejoran en parámetros tales como la dosis de drogas, la frecuencia de las inyecciones, compartir jeringuillas y la salud psicológica. El total de la cohorte mostró mejoras estadísticamente significativas en lo referente al consumo de heroína (alrededor del 75 % consumía heroína de forma regular al inicio del estudio y un 40 % lo hacía entre 4 y 5 años después). El consumo regular de metadona obtenida sin receta descendió del 30 % al inicio del estudio a menos del 10 % entre 4 y 5 años después, y la práctica consistente en compartir agujas disminuyó del 20 % al inicio del estudio al 5 % entre 4 y 5 años después. La salud psicológica también mostró una mejora estadísticamente significativa entre el nivel al inicio del estudio y el nivel 4 o 5 años después.

El tratamiento sin drogas ha sido evaluado en toda Europa aplicando distintas metodologías y se han obtenido conocimientos considerables, sobre todo en la última década. Sin embargo, todavía hay ámbitos en los que se requieren nuevas investigaciones para dar respuesta a fenómenos de reciente aparición. Un ejemplo es la eficacia del tratamiento sin drogas entre los consumidores predominantes de cocaína y anfetaminas, así como otras subpoblaciones concretas. Además se han efectuado muy pocos estudios a gran escala sobre el número de personas que se mantienen sin consumir drogas a largo plazo tras completar con éxito su tratamiento.

Tratamiento con asistencia médica

El tratamiento con asistencia médica (en el que se inscribe el tratamiento de sustitución) utiliza medicamentos agonistas o antagonistas para la terapia de sus pacientes. Los medicamentos agonistas (como la metadona) activan los receptores de los opiáceos en el cerebro, y los antagonistas (por ejemplo, la naltrexona) limitan o suprimen el efecto de las drogas ilícitas consumidas. El objetivo del tratamiento con asistencia médica puede ser la abstinencia, pero también mantener al paciente en un tratamiento médico a largo plazo. Independientemente de que el objetivo final sea la abstinencia o la reducción de los efectos adversos de la drogodependencia, sus objetivos intermedios comunes son: reducir el consumo de drogas ilegales y el riesgo de contraer enfermedades contagiosas; mejorar el estado mental y físico del paciente, y reducir los delitos relacionados con las drogas.

El mantenimiento con metadona es el tipo más utilizado de tratamiento con asistencia médica. Como indica el término «mantenimiento», el objetivo de este tipo de intervención no es la abstinencia, sino conservar al paciente en tratamiento de mantenimiento, reduciendo así su actividad delictiva, la conducta de riesgo (y por consiguiente el riesgo de contraer enfermedades infecciosas), así como mejorar la salud y el funcionamiento social.

El tratamiento con asistencia médica ha sido objeto de numerosas evaluaciones en toda Europa y generalmente ha demostrado su eficacia en la consecución de objetivos como la reducción del consumo de drogas ilegales, la conducta de riesgo y la actividad delictiva. Las intervenciones basadas en el tratamiento con asistencia médica con metadona han sido objeto de una evaluación particular y se ha observado que son eficaces para alcanzar estos objetivos (Lowinson *et al.*, 1997; OEDT, 2000), aunque la buprenorfina también ha demostrado su eficacia. Un examen estructurado de la literatura especializada sobre los experimentos con buprenorfina puso de manifiesto que su principal ventaja reside en que reduce el riesgo de sobredosis y el nivel de consumo paralelo de drogas ilegales (Berglund *et al.*, 2001). Tanto en el caso de la metadona como en el de la buprenorfina se ha demostrado que se requieren dosis suficientes para garantizar resultados positivos.

A pesar de estos «éxitos» aparentes, algunos países consideran que ni la metadona ni la buprenorfina han mejorado suficientemente el bienestar general de los drogodependientes callejeros especialmente desfavorecidos, por lo que han buscado alternativas.

En febrero de 2002 se publicaron los resultados de un experimento controlado y aleatorio realizado en los Paí-

Cuestiones particulares

ses Bajos en el que se recetó conjuntamente heroína a pacientes de metadona. Los grupos destinatarios de la intervención estaban integrados por consumidores de heroína de edad madura y grave drogodependencia que no habían obtenido suficientes beneficios del tratamiento de mantenimiento con metadona. A fin de definir este grupo de destinatarios se estableció previamente una serie de criterios de inclusión y exclusión y los sujetos fueron seleccionados a partir del sistema local de registro de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Se seleccionaron 625 pacientes tratados en seis unidades de tratamiento repartidas por los Países Bajos que fueron divididos aleatoriamente en un grupo experimental y un grupo de control. Primero, los pacientes fueron divididos de acuerdo con su vía de administración: por vía intranasal o por vía parenteral, y luego subdivididos según la intervención: aquellos que sólo recibían metadona y aquellos que recibían una combinación de metadona y heroína. El principal resultado de este estudio fue que el tratamiento con metadona y heroína resultaba más efectivo que el tratamiento únicamente con metadona para los consumidores de heroína de edad madura y grave drogodependencia, independientemente de la vía de administración. Asimismo, el estudio puso de manifiesto que, al final del experimento, un 30 % de los pacientes del grupo experimental ya no cumplían los criterios de inclusión (al haber mejorado considerablemente su estado general), por oposición a tan sólo un 11 % de los miembros del grupo de control (van den Brink *et al.*, 2002).

En Alemania se ha desarrollado y perfeccionado en los últimos años un experimento con la prescripción de heroína terapéutica para adictos a los opiáceos. El experimento comenzó en la primavera de 2002, tendrá una duración de tres años y en él participarán siete ciudades alemanas. La principal pregunta que se pretende responder es si la prescripción de heroína para un grupo especialmente desfavorecido de adictos a los opiáceos puede contribuir a mejorar su situación en materia sanitaria, social y legal y, en tal caso, en qué condiciones. Los pacientes que tomen parte en el experimento serán divididos aleatoriamente en un grupo experimental y un grupo de control. Ambos grupos serán a su vez divididos en dos subgrupos que recibirán diferentes tipos de tratamiento psicosocial (un grupo recibirá intervención sobre «tratamiento de casos» y otro sobre «psico-educación»). Está previsto que el estudio aporte más conocimientos sobre la intervención psicosocial y su eficacia en el tratamiento de la adicción a opiáceos (<http://www.heroinstudie.de/>).

En Dinamarca se inició un proyecto basado en una alternativa a la heroína con un presupuesto especial para el

período 2000-2002 con el objetivo de poner en marcha proyectos pilotos especiales para drogodependientes en tratamiento con metadona en los que hay un gran número de actividades psicosociales. La evaluación cualitativa y cuantitativa estudiará hasta qué punto se pueden lograr resultados, por lo que se refiere a un mejor funcionamiento social, mental y de salud, a la reducción del consumo de droga, de enfermedades infecciosas y de delitos, así como a una ampliación de las relaciones de la red.

Conclusiones y perspectivas para el futuro

El éxito depende de la finalidad que tenga un tratamiento determinado y, por consiguiente, dicho éxito debe evaluarse en función de los objetivos previamente establecidos. Existen numerosos estudios que han permitido conocer y determinar la eficacia o éxito de diversos tipos de tratamiento comparando los objetivos con los resultados.

Un resultado importante, por ejemplo, es que las tasas de retención son cruciales para el resultado o «éxito» de los tratamientos, pero es necesario investigar cómo mantener a los pacientes en tratamiento o, en otras palabras, qué elementos del tratamiento son cruciales para aumentar la tasa de retención. Determinar el «ingrediente activo» en cualquier tipo de tratamiento resulta una tarea difícil y es indispensable mejorar el rendimiento de los servicios de tratamiento, mejorando así el resultado de los tratamientos.

Sin embargo, una cosa es contar con los conocimientos teóricos y otra, aplicarlos. Un ejemplo de ello es la importancia que revisten las intervenciones psicosociales de acompañamiento en el tratamiento con asistencia médica, que, según muchos estudios, contribuyen al éxito del tratamiento y, sin embargo, no son aplicadas de modo adecuado en la práctica.

En los últimos años se ha prestado mucha atención a la extensión de los servicios de tratamiento, que ya ha sido llevada a cabo en gran medida. El desafío ahora consiste en ampliar el espectro de los servicios de tratamiento y en refinar las propias intervenciones, aumentando así el «éxito» de éstas.

Consumo de drogas en las prisiones

La presencia de las drogas y su consumo han cambiado profundamente la realidad de las prisiones en las últimas dos décadas y actualmente todos los países europeos experimentan graves problemas en las prisiones a causa de las drogas y de las enfermedades infecciosas relacionadas con éstas.