Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 23, Nº 1, 2015, pp. 85-106

VARIABLES PREDICTORAS DEL TRATAMIENTO DE RETIRADA DE METADONA EN PACIENTES AMBULATORIOS

Amparo Carreras[1], Carmen Almendros[2] y José A. Carrobles[2]
[1]Centro de Atención Integral de Drogodependientes, Madrid; [2]Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

La retirada de metadona tras un tratamiento sustitutivo de mantenimiento continúa siendo de interés clínico en la atención a pacientes con adicción a opiáceos. Estudios recientes sobre el empleo de fármacos agonistas y el éxito en la desintoxicación de metadona han aportado datos relevantes, pero también resulta de interés explorar la posible influencia de otros factores. Nuestro estudio tiene como principal objetivo analizar las variables que puedan predecir mejor el logro de dosis cero de metadona. Para ello, se presenta la evolución durante tres años de la retirada de metadona en 81 pacientes atendidos en 16 centros ambulatorios. Los resultados sugieren que el acuerdo entre el equipo terapéutico y el paciente, bajas puntuaciones en estrés percibido antes de iniciar la reducción de dosis, el empleo de fármacos de apoyo y la atención social durante la desintoxicación, forman el conjunto de variables con mayores ventajas para el logro de dosis cero de metadona. Estos resultados podrían facilitar el pronóstico de la intervención, orientar a los facultativos en la oportunidad de la prescripción y mejorar los procedimientos empleados.

PALABRAS CLAVE: *adicción a opiáceos, tratamiento de mantenimiento con metadona, desintoxicación de metadona, atención social, estrés*.

Abstract

Methadone reduction treatment after a substitutive maintenance treatment still has a clinical interest in the care of patients with opioid addiction. Recent studies about agonist drugs and success in methadone detoxification have provided relevant information, but it is also interesting to explore the possible influence of other factors. The main goal of this research was to analyze the variables that can better predict achieving a zero dose of methadone. Three years monitoring of methadone detoxification in a sample of 81 outpatients treated at 16 clinics is presented. The findings suggest that agreement between the clinic-staff and the patient, low scores on perceived stress before starting dose reduction, drugs support and social care during the intervention are the group of variables with more advantages for achieving a zero dose of methadone. These

Correspondencia: Amparo Carreras, Centro de Atención Integral de Drogodependientes, San Fernando de Henares, c/ José Alix Alix, s/n 28830 Madrid (España). E-mail: amparocarreras@telefonica.net

results could facilitate a prognosis, guide clinicians in prescribing intervention, and improve procedures.
KEY WORDS: *opioid addiction, methadone maintenance treatment, methadone detoxification, social care, stress*.

Introducción

En los últimos años se ha venido observando un creciente interés por el uso de nuevas drogas entre la población joven y también nuevos procedimientos en la preparación y en la vía de administración de sustancias más conocidas (Becoña, 2005), sin que ello de momento haya supuesto una mayor demanda de tratamiento, con excepción del cánnabis; según el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (*European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction*, EMCDDA) (2014), en 2012 el cánnabis fue la causa principal de inicio de tratamiento por primera vez. Sin embargo, según el mismo Informe, el consumo de opiáceos sigue siendo responsable de tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad y morbilidad por consumo de drogas en Europa. Como droga principal representa el 46% de los pacientes que iniciaron tratamiento especializado en 2012 en la Unión Europea. Los tratamientos de sustitución suponen la principal modalidad de tratamiento en régimen ambulatorio y la metadona es el fármaco de sustitución más frecuentemente prescrito. El EMCDDA informó que en España se contabilizaron 76.263 pacientes en tratamiento de sustitución de opiáceos en 2012 (EMCDDA, 2014).

Los tratamientos de mantenimiento con metadona (TMM) representaron en 2013 la modalidad terapéutica seguida por el 26% de los pacientes atendidos en los centros públicos asistenciales de la Comunidad de Madrid (Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2014). Estos tratamientos contemplan la posibilidad de desintoxicar de metadona tras un periodo prolongado de mantenimiento, sin embargo, el tratamiento para la retirada de metadona (TRM) no es un procedimiento habitual en los TMM, se plantean muchos interrogantes y su aplicación supuso ya un motivo de discusión en estudios norteamericanos de hace varias décadas. Para algunos autores como Cushman (1974, 1978, 1981), la dificultad en el seguimiento de los pacientes desintoxicados y la estimación de la abstinencia durante el postratamiento cuestionaban la pertinencia de la intervención, aunque admitía que si el estado de funcionamiento general del paciente fuera el adecuado y al retirar la metadona el paciente siguiera funcionando bien, la desintoxicación estaría completamente indicada. A pesar de la incertidumbre que acompañaba también entonces a la eficacia de la desintoxicación tras un tratamiento de mantenimiento, Eklund, Mellin, Hiltunen y Borg (1994), afirmaron que la calidad de vida de un paciente que se desintoxica con éxito de la metadona y se mantiene abstinente a otras drogas, puede ser sustancialmente mejor que la de un paciente que se mantiene en tratamiento con metadona por tiempo indefinido.

En comparación con estos y otros estudios internacionales realizados anteriormente, en nuestro país no ha sido frecuente la investigación sobre el tipo

de factores relacionados con los resultados obtenidos en pacientes que se desintoxican de metadona al finalizar un tratamiento sustitutivo opiáceo. En los últimos años, varios trabajos nacionales que han seguido esa línea de investigación han centrado sus objetivos en ensayos clínicos con fármacos agonistas opiáceos (Baño, 2003; Bilbao, Lozano, Ballesta y González-Saiz, 2009; González-Saiz, Ballesta, Bilbao, Lozano y Gutiérrez, 2009), con resultados que parecen indicar un mejor pronóstico de la desintoxicación si la metadona es sustituida por buprenorfina en la fase final del procedimiento, cuando las dosis son bajas. No obstante, para la mayoría de los autores anglosajones era necesario considerar otros factores de procedimiento, como la dosis inicial y la ratio de reducción de dosis (Gossop, Mardsen, Stewart y Treacy, 2001), el tiempo de duración de la desintoxicación (Cushman, 1974), los tratamientos farmacológicos (Kanof, Aronson y Ness, 1993; Tennant y Shannon, 1978) y psicoterapéuticos (Gentile y Milby, 1992; Wermuth y Brummet, 1987) para el tratamiento de la sintomatología de abstinencia. También exploraron factores relativos a las condiciones en que los pacientes iniciaban la desintoxicación, como el acuerdo equipo-paciente (Cushman, 1974; Stimmell, Goldberg, Rotkopf y Cohen, 1977; Stimmel y Rabin, 1974), el miedo a la desintoxicación (Milby, 1988), la competencia en autoeficacia (Reilly *et al*., 1995) o el estilo de vida adquirido durante el TMM (Cushman, 1981; Stimmel y Rabin, 1974); todos ellos considerados factores relevantes para finalizar con éxito la retirada de metadona. Latowsky (1996) hizo una revisión sobre estos y otros trabajos concluyendo que la motivación de los pacientes para someterse a esa intervención y los cambios emocionales que ocurrían durante y después del periodo de desintoxicación estaban asociados al éxito en el logro de dosis cero. Otros trabajos informaron sobre factores propios del tratamiento de mantenimiento con metadona que también habían resultado significativos, como la duración del TMM (Milby *et al*., 1994; Stimmel y Rabin, 1974 o el acceso a servicios psicológicos y de atención social, tanto durante el periodo de mantenimiento como acompañando al proceso de desintoxicación (Kanof *et al*., 1993; Milby *et al*., 1994; Sorensen, 1996; Sorensen, Brummett, Gold y Dumontet, 1988).

Con base en los estudios mencionados y con el propósito de ampliar la línea de investigación más reciente en población española, el objetivo principal de este trabajo consistió en explorar la relación entre el éxito en el tratamiento de retirada de metadona y tres categorías de variables: las del proceso terapéutico de desintoxicación, las características sociodemográficas, clínicas y de competencias de los participantes que se sometían a esa intervención y las propiedades particulares de los tratamientos sustitutivos de mantenimiento que habían seguido hasta el inicio de la reducción de dosis. Variables que en su mayoría habían sido referidas por los autores internacionales revisados, pero no investigadas hasta el momento con población española drogodependiente en TMM y que, sin embargo, se valoraban de interés clínico para orientar a los facultativos en la toma de decisiones sobre la prescripción de la desintoxicación al final de un periodo de mantenimiento y la planificación, en su caso, de las intervenciones más eficaces.

La hipótesis inicial formulaba la relación entre los buenos resultados de la retirada de metadona y el empleo de procedimientos complementarios

(farmacológicos, psicológicos o sociales) a la tradicional reducción gradual de dosis de metadona. Pero además se consideraba que las condiciones psicológicas (estados afectivos y competencias) de los pacientes al inicio de la intervención podrían influir en el éxito del TRM y, muy relacionado con ello, se planteaba que la presencia de un problema de adicción a benzodiacepinas, evidenciada en otros estudios (Carreras, 2007), dificultaría el proceso. Por último, se establecía la importancia de la evolución de los pacientes durante el tratamiento de mantenimiento a largo plazo, considerando que aquellos que hubieran logrado un estilo de vida desligado del consumo de drogas y buen funcionamiento social, obtendrían mejores resultados, teniendo en cuenta para ello las variables relativas a la convivencia familiar, la ocupación laboral, la ausencia de incidencias legales y el mantenimiento de la abstinencia a drogas durante los meses previos al estudio.

Método

Participantes

Un total de 148 pacientes fueron considerados idóneos para la investigación, 89 de los cuales aceptaron y firmaron el consentimiento informado. Ocho pacientes no completaron la evaluación inicial y fueron considerados casos perdidos, por lo que la muestra final estuvo compuesta por 81 pacientes. La media de edad de 41,76 años (*DT*= 6,35; rango: 27-60 años), distribuidos en un 74% de hombres y un 26% de mujeres. Sus características sociodemográficas y clínicas al inicio del estudio se recogen en la tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

Variables	**%**
Estado civil	
Soltero	49,4
Casado/Pareja de hecho	30,8
Otros	19,8
Núcleo de convivencia	
Familia propia	27,2
Familia de origen	44.4
Otros	28,4
Estudios	
Primarios	29,6
Secundarios	35,8
Bachillerato/Formación profesional	23,5
Otros	11,1
Actividad laboral	
Trabajo fijo o temporal	48,2
Paro	27,2
Incapacidad laboral	16,0
Otros	8,6

Nivel socioeconómico	
Bajo	40,7
Medio-bajo	23,5
Medio-alto	24,7
Alto	11,1
Situación legal actual	
Sin incidencias	80,2
Con incidencias	17,3
Otros	2,5
Patologías biomédicas	
Marcadores VIH (+)	27,2
Marcadores VHC (+)	56,8
Patología dual	
No	81,5
Con diagnóstico psicopatológico	18,5
Tratamiento farmacológico	
Sin tratamiento	61,7
VIH	19,8
VHC	2,5
VIH + VHC	2,5
Otros	13,6
Tratamiento psicofarmacológico	
Sin tratamiento	50,6
Benzodiacepinas	38,3
Antidepresivos	16,0
Antipsicóticos	4,9
Antiepilépticos	1,2
Edad de inicio en consumo de heroína (*M*= 20,3; *DT*= 5,21; rango: 11-35)	
Tiempo de adicción (*M*= 17,68; *DT*= 5,84; rango: 2,32-32,10)	
Abstinencia a drogas meses previos al estudio	
Heroína (6 meses)	73,4
Cocaína (3 meses)	65,8
Cánnabis (3 meses)	62,0
Alcohol (3 meses)	37,7

Instrumentos

a) "Encuesta sobre datos sociodemográficos, clínicos y sobre el tratamiento con metadona". Esta encuesta fue adaptada de un trabajo anterior (Carreras, 2007) con el propósito de recoger datos relativos a los participantes (estudios, empleo, convivencia, incidencias legales; tiempo de adicción a heroína, consumo de sustancias, patologías, medicación) y a su opinión sobre el TMM (servicios ofertados y frecuencia de uso; satisfacción con los servicios utilizados; percepción subjetiva de la eficacia del tratamiento).
b) La "Escala de ansiedad y depresión en el hospital" (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; Zigmond y Snaith, 1983). La escala detecta trastornos depresivos y ansiosos en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos y puede diferenciarlos de la sintomatología física del paciente. La HADS se

compone de 14 ítems y se puntúa como una escala tipo Likert que oscila entre 0 y 3 puntos, en la que los participantes tienen que informar sobre los sentimientos que han experimentado en la última semana. Consta de dos subescalas de siete ítems cada una, intercalando alternativamente los ítems de ansiedad (impares) y los ítems de depresión (pares). La puntuación mínima de cada escala es 0 e indica el nivel de ansiedad/depresión más bajo y la máxima 21. Algunos ítems se puntúan en orden inverso (1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13). Para cada subescala, la puntuación final se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman, interpretándose en cada una según los criterios de normalidad (0-7), caso probable (8-10) y caso de ansiedad/depresión (11-21). La consistencia interna de la subescala de Ansiedad fue de 0,81 y de la subescala de Depresión fue de 0,86.

c) La "Escala de estrés percibido" (*Perceived Stress Scale*, PSS; Cohen, Kamark, y Mermelstein, 1983). La PSS fue diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida cotidiana se valoran como estresantes. El cuestionario consta de 10 ítems en la versión utilizada, con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0= nunca, 1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= a menudo y 4= muy a menudo). La puntuación total se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6 y 7, y sumando a continuación el total de puntos alcanzados. La puntuación mínima es 0 y la máxima 40. La consistencia interna para la puntuación total fue de 0,88.

d) El "Cuestionario Oviedo de sueño" (COS; Bobes, González, Saíz, Bascarán, Iglesias y Fernández, 2000). El COS está formado por 15 ítems de los cuales 13 se agrupan en: Satisfacción subjetiva del sueño (1 ítem), Insomnio (9 ítems) e Hipersomnio (3 ítems). Los dos ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda de cualquier tipo para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias). En nuestro estudió se valoró la subescala de Insomnio con nueve ítems ($2._1$, $2._2$, $2._3$, $2._4$, 3, 4, 5, 6 y 7) y cinco opciones de respuesta en cada uno, indicando una respuesta de 5 el mayor deterioro y una de 1, el menor. La consistencia interna para la subescala fue de 0,88.

e) El "Cuestionario de variables de interacción psicosocial" (VIP; Pedrero, Pérez-López, De Enea y Garrido, 2005). El VIP consta de 84 ítems con cuatro opciones de respuesta idénticas para todos ellos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo y 4= muy en desacuerdo). Los ítems se distribuyen entre las competencias de Autocontrol (11), Autoeficacia (9), Afrontamiento-tarea (11), Afrontamiento-emoción (12), Afrontamiento-apoyo social (5), Habilidades sociales (10), Locus de control (3), Optimismo (11) y Autoestima (12). Para la corrección de la escala los ítems se tabulan con +2,+1,-1,-2. Varios ítems tienen sentido inverso. Los ítems no contestados o incorrectos se puntúan con 0. La consistencia interna obtenida en toda la escala fue de 0,94 y en las subescalas osciló entre 0,72 (Locus de control) y 0,83 (Autoestima).

f) La "Escala de gravedad de dependencia a las benzodiacepinas" (*Severity of Dependence Scale*, SDS; Gossop, Darke y Griffiths, 1995), adaptación española de De Las Cuevas, Sanz, De La Fuente, Padilla y Berenguer (2000). Esta escala informa de la presencia o no de un problema de adicción a las

benzodiacepinas. Está formada por cinco ítems, todos ellos explícitamente relacionados con componentes psicológicos de la adicción (falta de control sobre el consumo y ansiedad o preocupación en el uso de drogas). Los ítems se puntúan de 0 a 3 (0= nunca o casi nunca, 1= algunas veces, 2= con frecuencia y 3= siempre o casi siempre). A mayor puntuación, mayor gravedad de la adicción. La puntuación mínima es 0 y la máxima 15. Los autores de la adaptación española para las benzodiacepinas situaron el punto de corte para el diagnóstico de la adicción en 7 (De las Cuevas *et al*., 2000). La consistencia interna obtenida en toda la escala fue de 0,76.

Procedimiento

Colaboraron en el estudio 16 Centros de Atención Integral de Drogodependientes (CAID) de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, que en el momento de iniciar la recogida de datos contaban en conjunto con 2.710 pacientes ambulatorios en tratamiento de mantenimiento con metadona. Uno o dos profesionales facultativos de cada uno de los centros, seleccionaron a los pacientes según los criterios establecidos por los investigadores, incluyendo a hombres y mujeres, mayores de edad, con diagnóstico de dependencia a opiáceos, que estuvieran siguiendo un TMM antes de iniciar el estudio y que se sometieran a un TRM, a partir de la fecha del comienzo de la investigación. Se excluyeron los pacientes que realizaran una desintoxicación de metadona con carácter de urgencia o por algún tipo de sanción administrativa; tampoco se tuvieron en cuenta los procedimientos de desintoxicación inferiores a un mes de duración.

La recogida de datos se hizo desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2009. Los participantes se incorporaron al estudio por orden de llegada en cada uno de sus respectivos centros, a lo largo de dicho periodo y a medida que se iba presentando la condición de inicio de la desintoxicación de metadona. Antes de la primera intervención en el TRM o durante la primera semana, cada uno de los pacientes fue evaluado por los mismos profesionales que le atendían habitualmente. Se exploraron variables relevantes para el estudio, todas ellas con amplia evidencia empírica por su vinculación con población drogodependiente en tratamiento de mantenimiento con metadona y con los procedimientos y los factores estudiados en la retirada de metadona. Las variables se clasificaron en tres categorías: a) sociodemográficas y clínicas (biomédicas y psicológicas) de los participantes, b) variables relativas al tipo y condiciones del TMM que habían seguido los pacientes hasta el momento de incorporarse al estudio y c) variables sobre procedimientos y evolución del paciente durante el TRM. Los datos, obtenidos a través de los instrumentos de evaluación aplicados y de las historias clínicas de los pacientes, fueron registrados por el personal sanitario correspondiente, finalizando su informe en el momento en que el paciente llegaba a dosis cero de metadona o se interrumpía el proceso. Igualmente se anotaron las recaídas ocurridas tras el logro de dosis cero en aquellos casos que así lo requirieron y durante un periodo máximo de 6 meses postratamiento.

La HAD, la PSS, el COS, el VIP, la SDS y la encuesta diseñada para el estudio se aplicaron antes de iniciar la desintoxicación de metadona. Su contestación no

supuso un nivel importante de dificultad para los pacientes y el tiempo medio empleado fue de aproximadamente una hora treinta minutos por participante.

Análisis estadístico

Para los análisis estadísticos las variables sociales, demográficas, clínicas, consumo de sustancias y las puntuaciones obtenidas por los participantes en los instrumentos de evaluación fueron consideradas como variables independientes y el resultado del TRM como variable dependiente, en dos momentos: la desintoxicación, con dos posibles respuestas: logro de dosis cero o interrupción del proceso de desintoxicación y la evolución postratamiento, considerando abstinencia o recaída en consumo de heroína como opciones de respuesta. El análisis inferencial no se aplicó a los resultados postratamiento por no disponer de un número suficiente de sujetos bajo la condición de dosis cero que permitiera explorar predictores de las recaídas en los seis meses siguientes a la desintoxicación. El programa informático utilizado fue el SPSS v.15 (SPSS Inc., 2006).

Se realizó un primer análisis descriptivo (medias aritméticas, desviaciones típicas, frecuencias relativas y absolutas) sobre el conjunto de variables exploradas. En el caso del VIP se empleó el programa informático de corrección y valoración facilitado por el autor del cuestionario (Pedrero *et al*., 1995). En este cuestionario, la variable de afrontamiento-emoción fue recodificada para equiparar su signo con las otras competencias evaluadas y facilitar así su interpretación. Un posterior análisis bivariante permitió establecer relaciones significativas entre las variables del estudio y el resultado del tratamiento para la retirada de metadona. Se realizaron análisis estadísticos de comparación de medias y comparación de proporciones. Las pruebas de significación informadas fueron la prueba *t* de Student y la prueba de chi-cuadrado. Siguiendo recomendaciones recientes (APA, 2001), se exploró la potencia del efecto utilizando el estadístico *d* de Cohen (1988). La presencia de significación se consideró bilateral para $p< 0,05$. En la valoración de los resultados se tuvo en cuenta el tamaño de la muestra del estudio ($N= 81$). En el nivel inferencial se efectuó un análisis multivariante a partir de los datos estadísticamente significativos obtenidos en el análisis bivariante. Se estimaron cuatro modelos logísticos mediante la prueba de significación de Wald a través de su coeficiente B y su parámetro EXP (B), también denominado OR *(odds ratio).* En las tres primeras se introdujeron sólo las variables con significación estadística correspondientes a cada una de las tres categorías establecidas en el estudio; en el cuarto modelo se introdujeron las variables predictoras de los tres anteriores en una sola ecuación. Los criterios empleados para la valoración del mejor modelo logístico fueron: el área bajo la curva ROC, la prueba de verosimilitud (-2LL), la sensibilidad y especificidad del modelo y el coeficiente de determinación (R^2). Finalmente se interpretaron los parámetros y se procedió a comprobar los supuestos del modelo seleccionado.

Resultados

Resultados descriptivos

En la tabla 2 se muestran las puntuaciones medias alcanzadas por estos pacientes en los cuestionarios que evalúan estados afectivos y competencias y en las tablas 3 y 4 las variables relativas al tratamiento sustitutivo de mantenimiento y al proceso de retirada de metadona. No se observaron diferencias significativas entre las medias de las puntuaciones en cuestionarios en ambos sexos, con excepción de las puntuaciones en el SDS (gravedad de la adicción a benzodiacepinas), siendo la media obtenida por las mujeres (*n*= 6; *M*= 8,17; *DT*= 4,36), significativamente superior a la media obtenida por los hombres (*n*= 24; *M*= 4,50; *DT*= 2,69), *t* (28)= -2,63*; p*= 0,014; *d*= -1,20.

Tabla 2
Medias y desviaciones típicas en las variables evaluadas

Variables	Cuestionarios	*n*	*M* (*DT*)	Mín.-Máx.
Ansiedad	HAD	81	8,11 (3,22)	2 - 19
Depresión		81	4,54 (4,54)	0 - 19
Estrés	PSS(10)	81	16,35 (8,35)	0 - 36
Insomnio	COS	81	20,55 (9,01)	7 - 45
Autoestima	VIP	78	33,01 (34,59)	(-58) - 96
Autoeficacia		78	33,21 (27,96)	(-56) - 94
Optimismo		78	18,7 (30,81)	(-77) - 77
Locus de control		78	29,31 (47,52)	(-83) -100
Habilidades sociales		78	17,69 (36,62)	(-80) - 95
Afrontamiento centrado en la tarea		78	32,88 (26,48)	(-68) - 77
Afrontamiento centrado en la emoción		78	9,14 (34,64)	(-92) - 58
Afrontamiento con búsqueda apoyo social		78	-8,59 (44,86)	(-100) - 90
Autocontrol		78	9,82 (31,93)	(-68) - 77
Adicción a benzodiacepinas	SDS	30	5,23 (3,35)	0 - 15

Nota: HAD= Escala de ansiedad y depresión en el hospital; PSS= Escala de estrés percibido-10; COS= Cuestionario Oviedo de sueño; VIP= Cuestionario de variables de interacción psicosocial; SDS= Escala de gravedad de adicción a las benzodiacepinas.

Tabla 3
Variables del tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM)

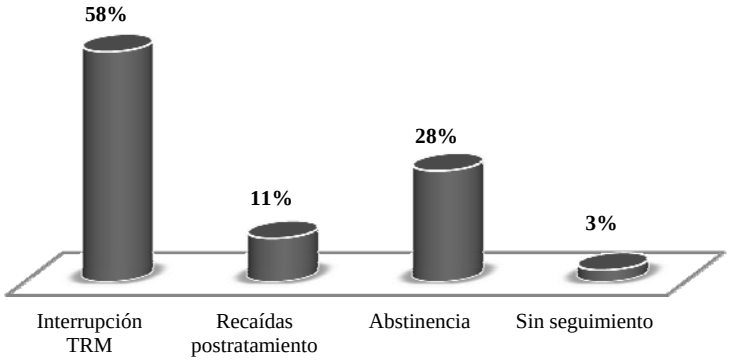
Variables	%
Años de permanencia (*M*= 4,40; *DT*= 3,2 ; rango: 2 meses-14 años)	
Tratamientos anteriores	
Primer tratamiento	16,3
Otros tratamientos	83,7
Dosis habitual	
> 25 mg/día	23,7
25-50 mg/día	31,6
51-100 mg/día	34,2
<100 mg/día	10,5
Dispensación	
Centros de Atención Integral de Drogodependientes	83,8
Farmacia	13,8
Unidad móvil	1,3
Frecuencia de recogida	
Diaria	8,8
2-3/semana	18,8
1/semana	71,3
Frecuencia controles toxicológicos	
Ninguno	15,0
1-2/mes	17,5
3-4/mes	51,3
Más de 1 a la semana	12,5
Valoración dosis habitual	
Adecuada	87,6
Excesiva	11.3
Insuficiente	1,1
Servicios ofertados	
Dispensación	100
Médico - enfermería	100
Psicológico	95
Atención social	96,3
Orientación laboral	70
Asesoría jurídica	12,5
Otros	6,3
Uso frecuente de servicios ofertados (> 1 vez/mes)	
Dispensación	92,3
Médico - enfermería	100
Psicológico	92,5
Atención social	92,4
Orientación laboral	31,8
Asesoría jurídica	0
Otros	2,6
Percepción subjetiva de la eficacia del TMM	
Mucho - bastante	46
Poco	53
Nada	53
Adhesión en TMM	
Baja	19,7
Moderada	40,5
Alta	45,9

Tabla 4
Variables del tratamiento de retirada de metadona (RTM)

Variables	%
Prescripción diagnóstica	
A petición propia, sin recomendación terapéutica	29,3
A petición propia y acuerdo terapéutico	54,7
A propuesta terapéutica y acuerdo del paciente	16,0
Evaluación previa	
Ninguna	1,3
Solo médica	53,9
Biopsicosocial	44,7
Procedimiento (ambulatorio)	
Desintoxicación sólo de metadona	81,6
Reducción gradual de dosis	100,0
Tratamientos farmacológicos complementarios	28,4
Psicoterapia individual	43,4
Atención social	32,9
Educación social	10,5
Dosis inicial TRM (mg/día) (*M*= 55,58; *DT*= 38,15; rango: 11 - 230)	
Dosis interrupción TRM (mg/día) (*M*= 35,41; *DT*= 31,43; rango: 2-124)	
Consumo de drogas TRM	
Heroína	22,4
Cocaína	35,6
Cannabis	23,1
Alcohol	33,8
Benzodiacepinas	56,0
Duración TRM (*M*= 258,42 días; *DT*= 222,34 días; rango: 21-1028; *Me*= 185 días)	
Adhesión TRM	
Baja	13,5
Moderada	40,5
Alta	45,9
Percepción subjetiva TRM	
Ventajas (una o más)	91,0
Temor (leve o moderado)	52,0
Síntomas frecuentes de abstinencia	
Ansiedad	38,9
Insomnio	38,9
Irritabilidad	24,1
Dolores musculares	24,1

La figura 1 refleja que, en términos globales, el resultado del TRM mostró un nivel superior de fracasos que de éxitos. Un grupo numeroso de participantes interrumpió el proceso antes de llegar a dosis cero y en la evolución postratamiento se produjo un número no despreciable de recaídas. Aun así, 22 pacientes lograron desintoxicarse de metadona y mantenerse abstinentes a heroína hasta 6 meses después de completada la desintoxicación.

Figura 1
Resultados globales del tratamiento de retirada de metadona (*n*= 76)



Nota: TRM= tratamiento de retirada de metadona.

Análisis bivariante

No se obtuvieron resultados significativos en la relación entre las variables sociodemográficas de los participantes y el éxito en el TRM. No obstante, por interés teórico y clínico se procedió a explorar variables relacionadas con el estilo de vida. Para ello se transformaron y agruparon las variables de convivencia en familia, tener trabajo, no tener incidencias legales actuales y estar abstinente a heroína y cocaína los 6 y 3 respectivos meses anteriores a la inclusión en el estudio; estas variables en su conjunto se aproximaban a la definición de un estilo de vida alejado del consumo de drogas. El resultado sin embargo reflejó de nuevo la ausencia de relación entre la variable estilo de vida y el resultado en el TRM. Tampoco se pudo observar una relación entre la variable dependiente y variables clínicas relativas a patología dual, patologías biomédicas y medicación a la que estaban sometidos los pacientes. La relación de otras variables personales exploradas con el resultado de la retirada de metadona se muestra en las tablas 5 y 6.

Los datos indican que los pacientes con puntuaciones más bajas en ansiedad y en estrés percibido llegaron mejor a dosis cero que los pacientes con puntuaciones más elevadas, siendo el tamaño del efecto particularmente alto en el caso del estrés percibido. Las competencias evaluadas a través del VIP no alcanzaron significación estadística en ningún caso, pero es interesante observar el elevado tamaño del efecto del autocontrol en relación al mantenimiento de la abstinencia durante el postratamiento. Lo mismo sucede con la edad de inicio del TMM y con la adicción a benzodiacepinas (SDS), ambas variables sin significación estadística pero con un tamaño del efecto importante en el postratamiento. La variable más relevante entre las correspondientes al tratamiento de mantenimiento con metadona fue el tiempo de permanencia (años TMM), con un elevado tamaño

Tabla 5

Estadísticos descriptivos, prueba de contraste y tamaño del efecto de las variables evaluadas en relación con los resultados del TRM

	Desintoxicación					Postratamiento				
Variables	Dosis cero (*n*= 32) *M* (*DT*)	Interrupción (*n*= 43) *M* (*DT*)	*t* (*gl*= 73)	*p*	*d* Cohen	Abstinencia (*n*= 21) *M* (*DT*)	Recaída< 6m (*n*= 8) *M* (*DT*)	*t* (*gl*=29)	*p*	*d* Cohen
Ansiedad	7,25 (2,66)	8,70 (3,15)	2,10	0,04	-0,49	7,33 (3,09)	7,13 (1,73)	0,18	0,86	0,07
Depresión	3,84 (3,84)	5,09 (4,64)	1,24	0,22	-0,29	4,48 (4,155)	3,63 (2,88)	0,53	0,60	0,22
Estrés percibido	13,06 (7,71)	18,77 (7,60)	3,20	0,002	-0,75	13,62 (8,57)	12,88 (5,92)	0,23	0,82	0,09
Insomnio	20,74(10,03)	20,95 (8,54)	0,10	0,92	-0,02	21,81 (10,61)	20,25 (9,00)	0,37	0,72	0,15
Autoestima	34,56 (29,28)	32,48 (38,88)	-0,25	0,80	0,06	35,38 (32,27)	28,13 (24,64)	0,57	0,57	0,24
Autoeficacia	32,25 (25,80)	32,65 (28,06)	-0,41	0,69	-0,01	37,29 (25,79)	34,13 (28,50)	0,29	0,78	0,12
Optimismo	15,47 (26,52)	19,55 (32,24)	0,58	0,57	-0,14	15,38 (28,31)	13,50 (26,03)	0,16	0,87	0,07
Locus de control	24,00 (40,57)	27,95 (49,39)	0,36	0,72	-0,09	31,00 (44,13)	8,38 (30,90)	1,33	0,20	0,55
Habilidades sociales	9,75 (35,30)	22,58 (38,78)	1,45	0,15	-0,34	11,29 (36,41)	5,00 (34,95)	0,42	0,68	0,17
Afront. cent. emoción	38,34 (23,79)	28,35 (28,70)	1,04	0,30	-0,38	5,43 (40,24)	-4,75 (23,68)	0,67	0,51	0,28
Afront. cent. en tarea	3,53 (35,80)	12,00 (33,17)	-1,58	0,12	-0,25	39,81 (24,10)	39,25 (23,87)	0,06	0,96	0,02
Afront. apoyo social	0,00 (47,99)	-16,75 (44,16)	-1,54	0,13	0,36	-2,38 (51,66)	-3,75 (45,34)	0,07	0,95	0,03
Autocontrol	14,44 (31,63)	4,98 (29,31)	-1,31	0,19	0,31	19,57 (33,35)	-3,75 (25,68)	1,78	0,09	0,74
Edad inicio heroína	20,44 (5,24)	20,38 (5,35)	-0,045	0,96	0,01	38,99 (6,43)	40,09 (6,10)	-1,71	0,10	-0,17
Años adicción heroína	18,74 (5,76)	17,02 (6,10)	-1,23	0,22	0,29	19,85 (6,31)	17,72 3,04)	0,91	0,37	0,38
Tratamientos previos	2,16 (1,61)	2,12 (1,67)	-0,10	0,92	0,02	2,00 (1,48)	2,38 (1,77)	-0,58	0,57	-0,24
Edad inicio del TMM	39,17 (6,13)	37,07 (6,37)	-1,44	0,15	0,33	19,14 (3,64)	22,38 (6,50)	-0,42	0,68	-0,71
Años permane. TMM	2,64 (2,47)	4,91 (3,49)	3,30	0,001	-0,73	2,84 (2,87)	2,14 (1,57)	0,64	0,52	0,27
Dosis inicial desintox. metadona	45,00 (27,31)	63,51 (43,57)	2,11	0,04	-0,49	46,05 (31,55)	47,50 (17,15)	-0,12	0,90	-0,05
Sdme. abstin. opiác.	2,63 (2,89)	1,02 (2,39)	-2,63	0,01	0,62	2,71 (2,97)	2,63 (3,29)	0,07	0,94	0,03
Meses de TRM	9,80 (7,37)	6,99 (6,28)	-1,78	0,08	0,42	11,55 (8,44)	6,75 (2,98)	2,27[3]	0,03	0,65
	n= 9	*n*= 19	(*gl*= *26*)			*n*= 6	*n*= 2	(*gl*= 6)		
Adicción a benzodiacepinas	3,89(2,26)	5,58 (3,67)	1,27	0,217	-0,51	4,33 (2,658)	2,50 (0,707)	0,92	0,39	0,75

Nota: TMM= tratamiento de mantenimiento con metadona; TRM= tratamiento de retirada de metadona.

del efecto sobre la desintoxicación, que sugiere una permanencia más corta entre los pacientes que llegaron a dosis cero. Las características del tratamiento sustitutivo y la opinión subjetiva de los pacientes sobre su satisfacción con los servicios ofertados y la eficacia del tratamiento, no fueron significativas. La categoría de variables con mejores resultados fue la correspondiente a las variables propias del proceso de retirada de metadona, con fuerte significación estadística en varias de ellas, especialmente en la utilización de fármacos de apoyo al procedimiento tradicional de reducción gradual de dosis, el acuerdo entre equipo y paciente para proceder a la desintoxicación, la atención social y el consumo de cocaína durante el TRM.

Tabla 6

Significación de diferencias entre proporciones. Variables categóricas y resultados del TRM

Variables	Desintoxicación		Postratamiento	
	Dosis cero (*n*=32)	Interrupción (*n*=43)	Abstinencia (*n*=21)	Recaída< 6 meses (*n*=8)
	χ^2	*p*	χ^2	*p*
Adhesión TMM	3,20	0,07	4,07	0,04
Servicio psicológico	5,55	0,02	0,54	0,46
Servicio social	0,70	0,40	2,72	0,10
Servicio orientación laboral	4,23	0,04	0,34	0,56
Frecuencia uso servicio psicológico	2,38	0,12	0,62	0,43
Frecuencia uso servicio social	4,20	0,12	0,39	0,54
Frecuencia uso servicio laboral	7,31	0,03	1,72	0,42
Dosis media TMM	3,90	0,14	5,79	0,06
Consumo heroína TMM	0,03	0,85	0,02	0,90
Consumo cocaína TMM	0,20	0,65	0,16	0,90
Consumo cánnabis TMM	0,78	0,38	1,18	0,28
Consumo alcohol TMM	0,00	0,97	0,01	0,91
Adhesión TRM	8,79	0,003	1,86	0,17
Temor desintoxicación	1,43	0,23	0,07	0,79
Ventajas TRM	0,00	0,99	2,56	0,11
Evaluación previa	5,36	0,02	2,83	0,09
Acuerdo equipo-paciente TRM	10,02	0,002	8,78	0,003
Tratamientos farmacológicos TRM	11,94	0,001	1,38	0,24
Psicoterapia Individual TRM	1,89	0,17	4,07	0,04
Atención social TRM	6,98	0,008	0,90	0,34
Educación social TRM	1,44	0,23	0,17	0,68
Consumo heroína TRM	5,63	0,02	8,78	0,003
Consumo cocaína TRM	10,06	0,002	3,18	0,08
Consumo cánnabis TRM	2,41	0,12	1,18	0,28
Consumo alcohol TRM	0,06	0,82	1,18	0,28
Consumo benzodiacepinas TRM	0,03	0,87	0,12	0,73

Nota: TMM= tratamiento de mantenimiento con metadona; TRM= tratamiento de retirada de metadona.

Regresión logística

En el análisis inferencial de los datos se aplicó el método de regresión logística. Se exploraron en primer lugar tres ecuaciones logísticas, correspondientes a las tres categorías de variables previamente establecidas (personales, del TMM y del TRM). En cada ecuación se exploraron variables con significación estadística en fase de desintoxicación y algunas de interés clínico significativas en fase de postratamiento. Puesto que las únicas variables personales significativas correspondieron a estados afectivos, a la primera ecuación se le denominó "Modelo I. Psicológico". Al modelo construido con variables del tratamiento de mantenimiento, "Modelo II. TMM". El tercer modelo correspondía a la exploración de variables propias de la desintoxicación identificado como "Modelo III. TRM". A continuación se procedió a construir un modelo conjunto con todas las variables predictoras de cada uno de los tres modelos anteriores, denominado "Modelo IV. Global". Los resultados de las pruebas de significación de los cuatro modelos sobre el logro de dosis cero en el tratamiento para la retirada de metadona se encuentran reflejados en la tabla 7.

Como se puede observar en la tabla 8 los parámetros para medir la validez predictiva de las cuatro ecuaciones señalan que los modelos I y II no mostraron capacidad de predecir por sí solos el logro de dosis cero en el TRM. No ocurrió lo mismo con el modelo III, con un grado de ajuste y un poder de clasificación muy satisfactorios. Sin embargo, cuando se introdujeron en una sola ecuación las variables predictoras de los tres modelos en su conjunto (modelo IV), todos los parámetros de medida de la validez predictiva lograron mejorar al modelo III. Es decir, incluyendo variables psicológicas y variables del TMM en una misma ecuación logística, junto con las correspondientes a las características y procedimientos empleados en el tratamiento para la retirada de metadona, se consiguió mejorar la validez predictiva del modelo. Para finalizar se analizó la ecuación logística construida con las variables predictoras del modelo global (tabla 9). La prueba de Wald mostró la significación de todas las variables predictoras. El coeficiente Exp(B) de razón (OR) presentó la variable de estrés percibido como un factor de riesgo para el logro de dosis cero. El acuerdo equipo-paciente en realizar el TRM, los tratamientos farmacológicos de apoyo y la atención social durante el TRM se mostraron como factores de protección, aumentando 12, 24, y 13 veces, respectivamente, las ventajas para conseguir llegar a dosis cero de metadona.

Tabla 7
Prueba de significación de los cuatro modelos de regresión logística sobre el logro de dosis cero en TRM

Ecuación logística	Variables	B	E.T.	Wald	*gl*	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Modelo I. Psicológico	Estrés percibido	-0,10	0,03	8,27	1	0,004	0,91	0,85	0,97
	Constante	0,92	0,62	2,23	1	0,14	2,52		
Modelo II. TMM	Años de permanencia TMM	-0,19	0,09	4,16	1	0,041	0,83	0,69	0,99
	Frecuencia uso servicio psicológico	1,29	0,65	3,90	1	0,048	3,63	1,01	13,05
	Constante	-0,64	0,69	0,87	1	0,351	0,53		
Modelo III. TRM	Temor desintoxicación	-1,32	0,80	2,70	1	0,10	0,27	0,06	1,29
	Adhesión TRM	1,35	0,83	2,65	1	0,10	3,85	0,76	19,45
	Acuerdo equipo-paciente TRM	2,73	1,03	7,05	1	0,008	15,26	2,04	114,09
	Dosis inicial	-0,02	0,01	4,07	1	0,04	0,98	0,96	1,00
	Tratamientos farmacológicos TRM	2,36	0,95	6,23	1	0,01	10,63	1,66	68,08
	Psicoterapia individual TRM	-1,66	0,93	3,17	1	0,08	0,19	0,03	1,18
	Atención social TRM	2,46	0,94	6,88	1	0,009	11,72	1,86	73,78
	Síndrome abstinencia opiáceos (<25 mg/día)	0,28	0,14	3,82	1	0,05	1,33	1,00	1,76
	Constante	-2,59	1,16	5,01	1	0,03	0,08		
Modelo IV. Global	Estrés percibido	-0,24	0,08	10,42	1	0,001	0,79	0,68	0,91
	Frecuencia uso servicio psicológico	1,96	1,11	3,09	1	0,08	7,08	0,80	62,73
	Acuerdo equipo-paciente TRM	3,56	1,51	5,59	1	0,02	35,07	1,84	669,44
	Tratamientos farmacológicos TRM	4,20	1,33	9,97	1	0,002	66,58	4,92	900,98
	Atención social TRM	3,95	1,34	8,62	1	0,003	51,68	3,71	719,48
	Síndrome abstinencia opiáceos (<25 mg/día)	0,31	0,19	2,50	1	0,11	1,35	0,93	1,97
	Constante	-3,91	1,99	3,86	1	0,05	0,02		

Nota: TMM= tratamiento de mantenimiento con metadona; TRM= tratamiento de retirada de metadona.

Tabla 8
Parámetros de la validez predictiva de los cuatro modelos logísticos explorados

Modelo	Área bajo la curva ROC	Sensibilidad	Especificidad	R^2	Prueba de verosimilitud (-2LL)
Modelo I. Psicológico	0,70	50%	79,1%	0,16	92,58
Modelo II. TMM	0,75	63%	75,6%	0,21	77,98
Modelo III. TRM	0,91	80,6%	85,8%	0,62	54,01
Modelo IV. Global	0,94	81,5%	90%	0,63	54,47

Nota: TMM= tratamiento de mantenimiento con metadona; TRM= tratamiento de retirada de metadona.

Tabla 9
Prueba de significación de las variables predictoras sobre el logro de dosis cero en TRM: modelo final

Variables	B	E.T.	Wald	*gl*	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Estrés percibido	-0,13	0,05	7,84	1	0,005	0,87	0,80	0,96
Acuerdo TRM[a]	2,51	1,03	5,90	1	0,02	12,29	1,62	93,01
Tto. farma. TRM[b]	3,17	0,96	10,99	1	0,001	23,81	3,65	155,18
A. social TRM[c]	2,56	0,82	9,77	1	0,002	12,89	2,60	63,99
Constante	-1,77	1,16	2,33	1	0,13	0,17	--	--

Notas: TRM= tratamiento de retirada de metadona. [a]acuerdo equipo-paciente para la retirada de metadona; [b]tratamientos farmacológicos de apoyo a la desintoxicación; [c]atención social durante la desintoxicación.

El resultado fue un modelo final sin interacciones, valorado como el mejor modelo predictivo sobre el logro de dosis cero: estrés percibido + acuerdo equipo-paciente + fármacos de apoyo + atención social. El modelo ofreció un satisfactorio grado de ajuste y validez predictiva (tabla 10) y cumplía con todos los supuestos.

Tabla 10
Validez predictiva del modelo final

Variables	Área bajo la curva ROC	Sensibilidad	Especificidad	R^2	Prueba de verosimilitud (-2LL)
Estrés percibido Acuerdo TRM[a] Tto. farmacológico TRM[b] A. social TRM[c]	0,90	85,8%	78,1%	0,59	58,59

Notas: TRM= tratamiento de retirada de metadona. [a]Acuerdo equipo-paciente para la retirada de metadona; [b]tratamientos farmacológicos de apoyo a la desintoxicación; [c]atención social durante la desintoxicación.

Discusión

El estudio realizado aporta pruebas empíricas sobre el grado de eficacia de la retirada de metadona en un tratamiento sustitutivo de mantenimiento, intervención poco explorada desde una perspectiva biopsicosocial en población española. Si bien el porcentaje global de éxitos en llegar a dosis cero y mantener la abstinencia durante el postratamiento no fue elevado, la asociación demostrada de los buenos resultados con variables de las tres categorías establecidas, orienta sobre la pertinencia de estas intervenciones y los procedimientos más eficaces. Según nuestros resultados, la retirada de metadona estaría indicada en pacientes que no llevaran más de 4 años en TMM, abstinentes a cocaína y heroína los meses previos a la desintoxicación, con buena adhesión terapéutica, sin alteraciones afectivas importantes y que tras una evaluación integral, el equipo y el propio paciente estuvieran de acuerdo en iniciarla. El mejor procedimiento para lograr el éxito de la intervención consistiría en una disminución gradual de la dosis, durante un tiempo prolongado, con atención social y psicológica individualizada, partiendo de una dosis inferior a 45 mg/día y utilizando tratamientos farmacológicos de apoyo a la presencia de sintomatología de abstinencia, sobre todo a partir de dosis inferiores a 25 mg/día. La evidencia empírica resultante de nuestra investigación muestra además, un conjunto de cuatro factores entre los mencionados, con capacidad predictiva para el logro de dosis cero: el estrés percibido, señalado como un factor de riesgo y el acuerdo equipo–paciente, la atención social y el empleo de fármacos de apoyo como factores de protección que aumentan las ventajas de tener éxito en la desintoxicación.

Así pues, se cumplen varias de las hipótesis sobre las que se ha trabajado, si bien los datos correspondientes a la fase de postratamiento no pueden ser concluyentes debido a que sólo 32 pacientes superaron la desintoxicación. Globalmente, se ha podido constatar la relación de estados afectivos con la retirada de metadona, sugiriendo una necesaria estabilidad emocional para someterse al proceso sin demasiado riesgo de fracasar. La ansiedad provocada por el consumo de drogas ha sido relacionada con déficit en factores de interacción psicosocial (Irurtia, Caballo y Ovejero, 2009), pero no ha ocurrido así en este caso. Competencias como la autoeficacia explorada por Reilly (1995), en la retirada de metadona o por otros trabajos sobre el efecto de esta y otras variables de personalidad en las adicciones (López-Torrecillas, Caballo, del Carpio y Uclés, 2005; López-Torrecillas, Peralta, Muñoz Rivas y Godoy, 2003; López-Torrecillas, Verdejo, Muñoz Rivas, Caballo y Graña, 2005), no obtuvieron resultados similares en nuestro estudio, aunque en algún caso como el del autocontrol, se rozara la significación estadística en la fase de postratamiento. Lo mismo sucede con la adicción a benzodiacepinas, sin significación, pero con un importante tamaño del efecto durante el postratamiento, lo que hace pensar que esta variable podría ser un factor de riesgo para el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Varias características del TMM han mostrado estar asociadas a los buenos resultados, especialmente la duración del tratamiento sustitutivo, pero no se ha cumplido la previsión respecto al logro de un estilo de vida con buen grado de inserción social. Por último, el método tradicional de reducción gradual de la dosis de metadona se

mejora, tal como se preveía en la hipótesis inicial del estudio, al contemplar otras variables de procedimiento. La atención social durante el tiempo de desintoxicación cobra gran importancia, mientras que las intervenciones psicológicas individualizadas parecen más eficaces durante el postratamiento. La presencia de más síntomas de abstinencia a dosis bajas no afecta al resultado si se emplean fármacos de apoyo para su control. El consumo de drogas (heroína y/o cocaína) durante el proceso de desintoxicación dificultaría el logro de dosis cero. La motivación de los pacientes y su implicación en la decisión de desintoxicarse o no de la metadona es fundamental, siempre que coincida con la opinión de los facultativos responsables de llevarla a cabo.

Entre las variables que mostraron una relación significativa con el éxito en la desintoxicación de metadona, adquieren una especial relevancia los cuatro factores con capacidad predictiva sobre el logro de dosis cero. Estos resultados son en su mayor parte coincidentes con los expuestos por otros autores, aunque no en todos los casos como sucede con el estrés percibido.

El estrés percibido ha sido relacionado con la adicción y con las recaídas postratamiento (Pedrero y Olivar, 2010). También se le ha asociado con la adhesión a los tratamientos antirretrovirales en población drogodependiente en TMM (Ladero *et al*., 2005). Otros trabajos han informado que pacientes con adicción a opiáceos en tratamiento con antagonistas que mostraron baja percepción de estrés, mantuvieron la abstinencia a heroína en mayor medida que los que habían presentado niveles más altos de estrés percibido (Hyman *et al*., 2009). Sin embargo, no se encontraron referencias en trabajos previos que asociaran el estrés percibido con los resultados de la retirada de metadona, lo que aporta un hallazgo novedoso a la evidencia empírica sobre el impacto del estrés en las adicciones. Cabe señalar que fue muy recurrente la referencia a la ansiedad vinculada al éxito de la intervención (Gentile y Milby, 1992; Kanof *et al.,* 1993; Milby *et al.*, 1994; Latowsky, 1996; Stimmel y Rabin, 1974; Wermuth y Brummet, 1987). La correlación entre ansiedad y estrés percibido en el estudio actual fue muy elevada, ello induce a pensar que la intervención psicológica para la reducción de la ansiedad y el estrés, antes de proceder a la retirada de metadona, podría contribuir a la obtención de mejores resultados en el TRM. Estos factores psicológicos bien pudieran estar relacionados con al temor a la desintoxicación formulado por Gentile y Milby (1992), en cuanto al modo de afrontamiento del síndrome de abstinencia, lo que abre una línea de investigación más concreta en la exploración de los estados afectivos, los procedimientos psicológicos pertinentes para su intervención y el éxito en la retirada de metadona.

Las variables del TRM predictoras del logro de dosis cero añaden información a los ensayos clínicos con buprenorfina (Baño, 2003; Bilbao *et al*., 2009; González-Saiz *et al*., 2009) y orientan sobre estrategias de intervención conjunta para mejorar los procedimientos de intervención. El acuerdo entre equipo terapéutico y paciente para el TRM fue ya identificado como variable asociada al éxito de la desintoxicación (Cushman, 1974; Stimmel y Rabin, 1974) y se corresponde con los factores motivacionales apuntados por Latowsky (1996). En el trabajo actual cabe señalar el bajo porcentaje de acuerdo que corresponde a la propuesta por parte del equipo frente a la iniciativa de los propios pacientes, lo que sugiere la

conveniencia de adoptar criterios con base empírica para estimar el pronóstico del la intervención. El empleo de fármacos para tratar la sintomatología de abstinencia durante la desintoxicación de metadona fue considerado de importancia por otros investigadores (Kanof *et al*., 1993; Tennant y Shannon, 1978); en este trabajo aparece como la variable con mayor potencia predictiva. Cabe pensar que la presencia de síntomas de abstinencia para finalizar con éxito la desintoxicación no tiene por qué significar fracaso terapéutico cuando se trata con los procedimientos farmacológicos pertinentes. Por último, la atención social ha mostrado en este estudio una capacidad predictiva de importancia sobre la desintoxicación de metadona. Esta variable se ha vinculado a resultados satisfactorios en el TRM por sus efectos sobre el cambio en el estilo de vida de los pacientes en TMM (Cushman, 1974; Eklund *et al*., 1994; Latowsky, 1996) y también durante el TRM por reducir la respuesta de fobia a la desintoxicación respecto a uno de sus componentes: el temor a las recaídas (Gentile y Milby, 1992; Milby *et al*., 1994). El ajuste a normas convencionales y la adquisición de hábitos que mejoren el funcionamiento social (familiar, laboral, intelectual, recreativo, etc.), parece que, debe formar parte de las intervenciones que se planifiquen para desarrollar con éxito un tratamiento de retirada de metadona.

Para finalizar, entre las limitaciones habituales de este tipo de estudios, cabe destacar para la presente investigación los problemas surgidos con el reclutamiento, los más importantes se observaron en la selección de casos, ya que únicamente fueron considerados aptos para su inclusión un 5,5% del total de pacientes contabilizados en TMM antes de iniciar el estudio. Ello hace pensar que la opción del tratamiento para la retirada de metadona no es contemplada para la gran mayoría de estos pacientes. Los resultados obtenidos en este estudio pueden orientar nuevas investigaciones que mejoren la práctica clínica en la retirada de metadona y reduzcan los problemas de cronificación en los tratamientos de mantenimiento.

Referencias

Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (2014). *Memoria 2013*. Madrid: Consejería de Sanidad.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) (DSM 5). Arlington, VA: Autor.

Baño, M. D. (2003). Tratamiento de sustitución con buprenorfina (Subutex): modelo de aplicación de una experiencia piloto en la Comunidad de Madrid. *Trastornos Adictivos, 5*, 303-308.

Becoña, E. (2005). Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual, 13*, 349-369.

Bilbao, I., Lozano, O., Ballesta, R. y González-Saiz, F. (2009). Análisis cualitativo de la percepción del tratamiento con buprenorfina sublingual para la retirada del tratamiento con metadona. *Trastornos Adictivos*, *11*, 257-265.

Bobes, J., González, M. P., Saíz, P. A., Bascarán, M. T., Iglesias, C. y Fernández, J. M. (2000). Propiedades psicométricas del Cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema, 12*, 107-112.

Carreras, A. (2007). *Consumo y adicción a benzodiacepinas en usuarios de programas de metadona*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cohen, S., Kamark, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*, 385-396.

Cushman, P. (1974). Detoxification of rehabilitated methadone patients: frequency and predictors of long term success. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1*, 393-408.

Cushman, P. (1978). Abstinence following detoxification and methadone maintenance treatment, *American Journal of Medicine, 65*, 46-52.

Cushman, P. (1981). Detoxification after methadone maintenance treatment. *Annals New York Academy of Sciences*, *362*, 217-230.

De Las Cuevas, C., Sanz, E. J., De La Fuente, J. A., Padilla, J. y Berenguer, C. (2000). The severity of dependence scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction, 95*, 245-250.

Eklund, C., Mellin, L., Hiltunen, A. y Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance in Sweden: long term outcome and effects on quality of life and life situation. *International Journal of the Addictions, 29*, 627-644.

Gentile, M. A. y Milby, J. B. (1992). Methadone maintenance detoxification fear: a study of its components. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 797-807.

González-Saiz, F., Ballesta, R., Bilbao, I., Lozano, O. M. y Gutiérrez, J. (2009). Methadone-treated patients alter switching to buprenorfine in residential therapeutic community: an addiction specific assessment of quality of life. *Heroin Addict Related Clinical Problems, 11*, 9-20.

Gossop, M., Darke, S. y Griffiths, P. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, *90*, 607-614.

Gossop, M., Mardsen, J., Stewart, D. y Treacy, S. (2001). Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug and Alcohol Dependence*, *62*, 255-264.

Hyman, S. M., Hong, K. A., Chaplin, T. M., Dabre, Z., Comegys, A. D., Kimmerling, A. y Sinha, R. (2009). A stress coping profile of opioid dependent individuals entering naltrexone treatment: a comparison with healthy controls. *Psychological Addiction Behavior*, *23*, 613-619.

Irurtia, M. J., Caballo, V. E. y Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 17,* 155-168.

Kanof, P. D., Aronson, M. J. y Ness, R. (1993). Organic Mood Syndrome Associated with detoxification from methadone maintenance. *American Journal of Psychiatry, 150*, 423-428.

Ladero, L., Orejudo, S. y Carrobles, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema, 17*, 575-581.

Latowsky, M. (1996). Improving detoxification outcomes from methadone maintenance treatment: the interrelationship of affective states and protracted withdrawal. *Journal of Psychoactive Drugs*, *28*, 251-257.

López-Torrecillas, F., Caballo, V. E., Del Carpio, L. P. y Uclés, I. R. (2005). La eficacia general como predictora de la cronicidad del consumo de drogas. *Psicología Conductual, 13,* 289-296.

López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz Rivas M. J. y Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones, 15,* 127-136.

López-Torrecillas, F., Verdejo, A., Muñoz-Rivas, M. J., Caballo, V. y Graña, J. L. (2005). Variables de personalidad que motivan hacia el tratamiento. *Adicciones, 17,* 315-323.

Milby, J. B. (1988). Methadone maintenance: how many make it? *Journal of Nervous and Mental Disorders, 176*, 807-820.

Milby, J. B., Hohmann, A. A., Gentile, M., Huggins, N., Sims, M. K., McLellan, T., Woody, G. y Haas, N. (1994). Methadone Maintenance Outcome as a function of detoxification phobia. *The American Journal Psychiatry*, *151*, 1031-1037.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2014). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.

Pedrero, E. J. y Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, *26*, 302-309.

Pedrero, E. J., Pérez-López, M., De Enea, S. y Garrido, C. (2005). Validación del cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas "guiado por la personalidad". *Trastornos Adictivos*, *7*, 166-186.

Remor, E. y Carrobles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, *7*, 195-201.

Reilly, P. M., Sees, K. L., Shopshire, M. S., Hall, S. M., Delucchi, K. L., Tusel, D. J., Banys, P., Clark, H. W. y Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180 day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 158-162.

Sorensen, J. L. (1996). Methadone treatment for opiate addicts. *British Medical Journal, 313*, 245-246.

Sorensen, J. L., Brummett, S., Gold, M. L. y Dumontet, R. (1988). Withdrawal from methadone maintenance: impact of a tapering network support program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 5*, 37-44.

SPSS Inc. (2006). *SPSS for Windows, Version 15.0*. Chicago, IL: Autor.

Stimmel, B., Goldberg, J., Rotkopf, E. y Cohen, M. (1977). Ability to remain abstinent after methadone detoxification. A six year study. *Journal of the American Medical Association, 273*, 1216-1220.

Stimmel, B. y Rabin, J. (1974). The ability to remain abstinent upon leaving methadone maintenance: a prospective study. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, *1*, 379-391.

Tennant, F. S. y Shannon, J. A. (1978). Detoxification from methadone maintenance: double blind comparison of two methods. *Drug and Alcohol Dependence*, *3*, 85-92.

Wermuth, L. y Brummet, S. (1987). Bridges and barriers to recovery: clinical observation from an opiate recovery project. *Journal of Substance Abuse Treatment, 4,* 186-196.

Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67,* 361-370.

RECIBIDO: 29 de marzo de 2014
ACEPTADO: 25 de junio de 2014