



## **CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, A.C.**

**“para vivir sin adicciones”**

**DEPARTAMENTO DE NORMATIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN  
Y PROYECTOS CLÍNICOS.**

**“2011, año del turismo en México”**

### **PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)**

El Programa de Mantenimiento y Deshabituación con Metadona, se origina como complemento a las estrategias de reducción de daños que desde hace varios años imparten varios países del continente Europeo, aunado a los programas de desintoxicación.

El programa de reducción de daños se define como el conjunto de actividades, individuales y colectivas, médicas y sociales, dirigidas a minimizar los efectos negativos producidos por el consumo de drogas, considerando las situaciones políticas y sociales del momento. Esta estrategia está dirigida a aquellas personas a quienes les es muy difícil alcanzar la abstinencia, sin pretender reemplazar los servicios dirigidos a ella.

El primer esbozo del proyecto de sustitución de heroína por metadona fue en Nueva York en 1963, y desde entonces, han proliferado los modelos de tratamiento enmarcados dentro de una política general de reducción de daños, caracterizada por una disminución de los efectos negativos del uso de drogas favoreciendo la accesibilidad a la red asistencial y mejoras en la calidad de vida de los pacientes.

En CIJ, el Programa de Mantenimiento y Deshabituación con Metadona tiene como objetivo la desaparición del síndrome de intoxicación o abstinencia, disminución y abolición eventual del apetito incontrolable por otros opiáceos y disminución o desaparición de conductas delictivas relacionadas con el abuso de heroína. En 2001, se inaugura la primera clínica en Ciudad Juárez, Chihuahua y en 2009, en Tijuana Baja California.

#### **Criterios De Admisión**

Al igual que el programa de Tratamiento Residencial, el PMDM es claro en los criterios de admisión y es necesario por tanto, una adecuada valoración inicial que justifique el ingreso del individuo al programa, cuya meta es una abstinencia total al término del tratamiento.

Los criterios generales para su aceptación son:

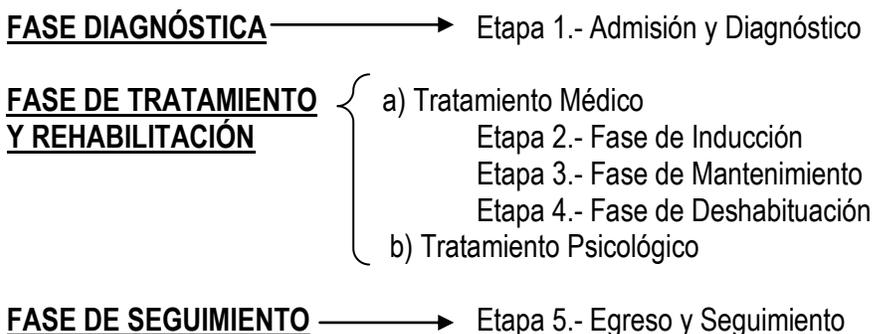
- Pacientes mayores a 16 años adictos a heroína intravenosa
- Tener una historia de venoadicción a narcóticos mínima de 2 años.
- Se requiere que existan antecedentes de por lo menos dos tratamientos previos de desintoxicación no exitosos.
- Se admiten pacientes opiáceo dependientes que sean adictos a la vez a otras sustancias
- No son admitidos quienes no sean venoadictos, como los alcohólicos y aquellos con problemas médicos y psiquiátricos importantes como tuberculosis (TB) y esquizofrenia.

- Las mujeres embarazadas adictas a los opiáceos pueden beneficiarse de éste programa, siempre y cuando tengan un historial de adicción a los opiáceos por un lapso no menor a 6 meses, si al momento de la solicitud están utilizando estas sustancias o presentan riesgo actual de volver a recaer en el consumo.
- A la inversa de los varones, las mujeres pueden participar en el Programa aún si tienen antecedentes de uso de varias drogas, alcoholismo y problemas médicos importantes.
- Expresar consentimiento libre y voluntario para ingresar al Programa.
- Contar con la disponibilidad de la familia para participar en el Programa de Tratamiento.
- Comprometerse a respetar las condiciones del Programa.

Posteriormente, deben cumplir con los requisitos de evaluación médica y psiquiátrica, que incluye la descripción de:

- Cuadros de comorbilidad psiquiátrica concomitantes o consecutivos a la condición adictiva.
- Enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis, etc.).
- Determinación de la dosificación correspondiente en casos de mujeres embarazadas.

El abordaje integral en el **Programa de Mantenimiento y Deshabituación con Metadona**, consta de 3 fases con 5 etapas de Tratamiento y Rehabilitación, las cuales se distinguen como a continuación se describe:



Clinicamente, las fases y etapas del Programa se manifiestan de la siguiente manera:

#### **FASE I.- SUSTITUCIÓN DE HEROÍNA POR METADONA, USO DE AGONISTAS (2 semanas)**

- Disminución del craving
- Control de la abstinencia
- Dosificación individual
- Estabilización clínica
- Exámenes de laboratorio
- Aplicación de pruebas de detección de drogas en orina, anti VIH y embarazo.

## **FASE II.- MANTENIMIENTO CON METADONA (3 a 6 meses)**

Dosis de estabilización  
Servicios terapéuticos de apoyo  
Tx de comorbilidad.  
Psicoterapias.  
Aplicación de pruebas de detección de drogas programadas.

## **FASE III.- REDUCCIÓN GRADUAL (6 A 24 MESES)**

Disminución y/o suspensión de metadona.  
Uso de antagonistas  
Seguimiento

## **FASE DIAGNÓSTICA**

### **Etapa 1.- Admisión y diagnóstico.**

El ingreso se determina a partir de la valoración clínica de cada caso y es simultánea al proceso de recepción. Asimismo, implica la aceptación del reglamento, los trámites de admisión y las condiciones de permanencia en el tratamiento mediante la elaboración de un contrato firmado en el que se enuncian los compromisos terapéuticos que forman parte del PMDM.

La **valoración clínica** de ésta etapa implica la identificación de entidades médicas, psiquiátricas, psicológica y social para formular un diagnóstico integral y verificar si el paciente cubre los criterios de admisión ya señalados anteriormente, cuyos procedimientos comprenden:

- **EVALUACIÓN MÉDICO-PSIQUIÁTRICA.-** Documenta el grado de dependencia a opiáceos y otras sustancias. Este tipo de evaluación se concluye con la elaboración del diagnóstico médico y psiquiátrico, el plan de tratamiento y pronóstico del caso.  
La formulación del diagnóstico se hace utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)
- **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL.-** La evaluación psicológica tiene como objetivo obtener información sobresaliente del funcionamiento psicológico, a fin de plantear alternativas de tratamiento psicoterapéutico.  
La entrevista social tiene por objeto investigar los problemas psicosociales asociados al uso crónico de opiáceos, destacando las necesidades prioritarias integrando esta información al contexto global de tratamiento.

El diagnóstico psicológico y social es vital para estructurar una red de servicios de apoyo que aseguran una tasa de éxito más elevada.

Una vez que el paciente concluye su valoración inicial, si es ingresado, debe contar con una **Historia Clínica Completa** destacando en los siguientes apartados:

- Análisis de orina o saliva para detección de drogas: positivo al momento del ingreso
- Examen para la detección de VIH
- Prueba de Embarazo, en su caso.
- Antecedentes previos de Inmunizaciones

- Diagnóstico Médico –Psiquiátrico:
- Diagnóstico Psicológico y Sociofamiliar:
- Plan de Tratamiento:
- Auxiliares diagnósticos.

Una vez considerados estos criterios y procedimientos, se integra el Expediente Clínico del paciente.

### **FASE DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN**

En esta fase destaca la motivación, seguimiento estricto de la dosificación indicada de metadona y aquellos otros medicamentos necesarios para el manejo de la comorbilidad psiquiátrica asociada de los casos. Esta etapa se caracteriza por una estrecha vigilancia a la evolución del paciente bajo tratamiento con metadona tomando como base el craving, la sintomatología de los síndromes de intoxicación y abstinencia, y demás datos de la comorbilidad.

La evolución se observa al valorar consecutivamente la sintomatología integrada a las notas de evolución del expediente.

#### **A) Tratamiento médico**

##### **Etapa 2.- Fase de inducción**

La dosis total de metadona se calcula a partir de la cantidad de heroína y otros opiáceos que dice la persona consumir, también es importante la vía que utiliza, junto con la valoración objetiva y subjetiva del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos que presente.

Se sugiere lo siguiente:

- La dosis estable siempre será individualizada y a criterio médico.
- Se pueden basar en los criterios según pureza de heroína y peso del paciente.
- Una dosis entre 20-30 mg es normalmente segura.
- En reingresos se puede recurrir a dosis superiores.
- Si existe cualquier duda en cuanto al grado de tolerancia a metadona, puede prescribir dosis inicial de 10 mg.
- Si a las 3-4 horas de la primera dosis el paciente manifiesta y observamos Sx. De abstinencia intenso puede ser necesario dar una dosis suplementaria de metadona (5-10 mg).
- El 2° día, ajuste de dosis en función de la respuesta a la dosis total del día previo, (5-20 mg más que el total del día anterior).
- El 3° día y sucesivos, ajuste de dosis (5-20 mg más que el día anterior), hasta lograr dosis de estabilización. (dosis suficiente dentro de un margen de eficacia y seguridad, que permite un “estado de equilibrio” en el paciente, se suelen necesitar al menos 4-5 días hasta llegar al estado de equilibrio farmacológico).
- Dar dosis que atenúen los síntomas de abstinencia, reduzcan o eliminen la apetencia activa, sin provocar sedación, ni euforia.

**La fase de inducción finaliza cuando la dosis de metadona se mantiene estable al menos una semana, y es considerada adecuada por el médico y el paciente.**

### **Etapa 3.- Fase de mantenimiento**

Etapa en la que es importante tener en cuenta las entrevistas con el paciente, sus análisis toxicológicos y valoración de la dosis de metadona a los pacientes que continúan con el consumo de heroína (especialmente aquellos que acaban de iniciar el programa).

Existen situaciones en las que será necesario que el paciente permanezca con la misma dosis por un período prolongado y/o pueda ser necesario un aumento o decremento en la dosis por causas externas como:

- Períodos de mayor estrés
- Deseo de consumo
- Pacientes que comiencen tratamientos que interactúen con metadona (usándolos como sustancias de abuso).
- Valorar el aumentar de la dosis de metadona a los pacientes que continúan consumiendo heroína (sobre todo si acaban de iniciar el tratamiento)
- Tratamientos de muy larga duración con metadona (tolerancia a la misma)
- Si se observan signos de sobredosificación

Esta etapa se complementa con la asistencia a **psicoterapia individual, psicoterapia grupal o familiar**. Conjuntamente los pacientes participan en actividades de **Comunidad Terapéutica** una vez alcanzado el proceso de abstinencia que les permita interactuar de manera adecuada en la terapia grupal, con la finalidad de integrarse activamente a **Centros de Día**, particularmente cuando se trate de personas desempleadas, que no asistan a la escuela, o que deban cumplir con una responsabilidad que amerite su presencia en el ámbito familiar. El cumplimiento en la asistencia del paciente a todas estas actividades, así como la temporalidad y disposición para realizar las pruebas de orina, saliva u otras pruebas de laboratorio necesarias, representan la parte nuclear de la ejecución del plan de tratamiento.

### **Etapa 4.- Fase de Deshabitación**

Es importante iniciar esta fase solo cuando el paciente haya mejorado, su evolución sea favorable y lo desee firmemente, prescribiendo una reducción generalmente lenta de dosis, ya que el objetivo es el bienestar del paciente, independientemente del tiempo necesario para llegar a dosis 0.

La evidencia señala que se reduzcan poco a poco la dosis de metadona, en menos de 10% de la dosis de mantenimiento o de tolerancia establecida, y a un intervalo de 7-14 días entre cada disminución.

Debe tenerse en cuenta que se pueden necesitar **varios meses**, incluso **más de un año**, para efectuar esta reducción progresiva. El ritmo de desintoxicación puede aumentarse o reducirse en función de la respuesta del paciente.

Para el abandono total de la metadona, puede ser necesario recurrir a una desintoxicación "al uso" de opiáceos; incluso la utilización de naltrexona, para mantener la abstinencia a opiáceos, mientras que se continúa con la modificación de las conductas desadaptativas, profundamente arraigadas, y se consolida la abstinencia.

## B) Tratamiento Psicológico

El tratamiento psicoterapéutico en drogodependencias se basa en la aplicación de una serie de técnicas de demostrada utilidad para mejorar los recursos psicológicos globales del individuo y en técnicas específicas para facilitar el control de la conducta adictiva.

En la actualidad, existen tres grandes **modelos terapéuticos** que han revolucionado el tratamiento psicológico de las adicciones:

- el Modelo transteórico del cambio, que nos proporciona un modelo global de cambio para la comprensión de las conductas adictivas.
- el de la Entrevista motivacional y
- el de la Prevención de recaídas.

El tratamiento psicológico se apoya de las siguientes estrategias y técnicas básicas de intervención:

- Estrategias motivacionales
- Autoobservación
- Contratos de contingencias
- Programación de actividades
- Estrategias para afrontar las urgencias
- Estrategias para afrontar los pensamientos
- Estrategias para rechazar ofrecimientos
- Técnica de solución de problemas
- Terapia cognitiva
- Terapia grupal.- Proporciona una serie de beneficios que difícilmente se consiguen con un tratamiento individual

El tratamiento dura, en los casos más simples y si no hay otras complicaciones, de 16 a 20 sesiones, a lo largo de un periodo de tiempo de 4-6 meses; si el sujeto tiene otros trastornos asociados es probable que haya que alargar el tratamiento varias semanas más. Posteriormente, se recomienda realizar sesiones de mantenimiento durante un año: dos sesiones el primer mes de seguimiento, una sesión cada mes durante los siguientes 5 meses y tres en los siguientes 6 meses. En muchos casos, es suficiente para que se mantengan las mejoras con un seguimiento de un año después de llevar a cabo un tratamiento.

Las cuestiones más importantes para abordar en las sesiones de seguimiento serían:

- Identificar las situaciones, sentimientos y cogniciones que sigan siendo problemáticas para el paciente.
- Analizar con el paciente que estrategias de afrontamiento han sido las más efectivas para continuar abstinentes y fomentar su motivación para que las siga utilizando.
- Animar al paciente a implicarse en actividades y relaciones que sean incompatibles con el consumo de la droga.
- Las sesiones de mantenimiento se deben centrar en ampliar y dominar las habilidades que se le han enseñado al paciente durante la fase inicial del tratamiento.

Existen varias pautas en el tratamiento psicológico, que son de suma importancia en el éxito del programa, las cuales son:

- **Introducir al paciente en el tratamiento.-** Parte más importante y más difícil donde el terapeuta tiene que abordar algunas áreas que van a ser claves para el futuro desarrollo del tratamiento:
  - 1) Análisis funcional;
  - 2) intensificar la motivación;
  - 3) presentar el modelo de tratamiento;
  - 4) negociar las metas del tratamiento; y,
  - 5) proporcionar racionalidad a las tareas para casa.
- **Enseñar al paciente a afrontar las urgencias a consumir.-** Se enseña al paciente a manejar los deseos irresistibles de consumir, siguiendo la estrategia general de “reconocer, evitar y afrontar”
- **Reforzar la motivación y el compromiso para dejar de consumir.-** El terapeuta y el paciente han realizado el análisis funcional de algunas situaciones recientes de alto riesgo. A partir de aquí se puede explorar conjuntamente el compromiso para la abstinencia y otras metas del tratamiento.
- **Resaltar la relevancia de las decisiones aparentemente irrelevantes.-** Se refiere a las decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que lleva a los pacientes a exponerse a situaciones de alto riesgo, aunque les puedan parecer que no tienen relación con la droga.
- **Realizar un plan de afrontamiento para futuras situaciones de riesgo.-** Dado que este tipo de acontecimientos pueden ocurrir alguna vez, tanto durante como después del tratamiento, se deberá trabajar en el diseño de un plan de emergencia para estas situaciones.
- **Tratar la comorbilidad psiquiátrica.-** Algunos de estos problemas pueden ser mejor evaluados y abordados después de que el paciente haya logrado un período estable de abstinencia, mientras que otros, si no son abordados pronto, es probable que hagan fracasar al paciente en su objetivo de conseguir la abstinencia.
- **Recabar el apoyo de la familia y otras personas significativas para el paciente.-** El cambio de un hábito de dependencia por otro que conlleve un estilo de vida nuevo implica que tanto el adicto como su familia participen de forma activa en el tratamiento.
- **Abordar los problemas de pareja, legales y laborales.-** Cuanto mayor sean estos problemas, más atención habrá que prestarles para que se pueda conseguir la abstinencia y no sea el consumo una excusa para solucionar estos otros problemas.
- **Intervenir psicológicamente en el área somática.-** Las intervenciones psicológicas en los programas de tratamiento no sólo se circunscriben al abordaje de los procesos psicológicos implicados en los trastornos de adicción; también es primordial trabajar todos los aspectos relacionados con la adhesión a los tratamientos farmacológicos (tipo antirretrovirales, TBC, etc.), la promoción de hábitos para la salud y los aspectos asociados al VIH.

## **FASE DE SEGUIMIENTO**

### **Etapa 5.- Egreso y Seguimiento**

#### **Alta**

En concordancia con los criterios del Programa de tratamiento residencial, se da el alta cuando el funcionamiento general del paciente lo permite, salvo las excepciones dadas por la propia trayectoria de la recuperación de la adicción a opiáceos y otras sustancias de consumo simultáneo.

La terminación del **contrato terapéutico** formaliza el egreso del PMDM. Previo a éste se hace la evaluación del programa a fin de establecer sugerencias y recomendaciones que deberá seguir el paciente, para evitar recaídas, una vez concluido el programa.

#### **Seguimiento**

Conceptualizado como una extensión de los servicios terapéuticos, tiene como fin verificar los alcances terapéuticos a largo plazo. Se plantea continuar con la prescripción de metadona a largo plazo en aquellos casos cuyo riesgo lo amerite, siempre bajo la supervisión y vigilancia médica periódica y psicoterapéutica correspondiente.

Será importante considerar lo siguiente:

- El seguimiento se apoya con otros servicios de asistencia familiar u orientación.
- La fase de seguimiento abarca un lapso de 12 meses a partir de la fecha de alta.
- En la fase de seguimiento se realiza el monitoreo de las dosis de metadona especificadas al otorgar el alta.
- Durante el seguimiento, se darán servicios de asistencia familiar u orientación en caso necesario.
- Se podrán incluir visitas domiciliarias con la frecuencia que el equipo considere pertinente durante el seguimiento.

## **COSTO DEL PMDM**

Como resultado de un análisis y estudio de las áreas administrativas correspondientes, se han establecido los criterios económicos para determinar las cuotas de recuperación por la administración de metadona y otros servicios en las Unidades de Tratamiento a Personas con Problema de Consumo de Heroína (UTPPCH) de Centros de Integración Juvenil A.C., considerándose esta como una institución no lucrativa y perteneciente al sector público, la cual proporciona los siguientes servicios en las UTPPCH's:

Servicios Diagnósticos:

- Entrevista inicial
- Historia clínica médica
- Estudio social
- Reingreso
- Aplicación de Clinimetría y PP

Servicios de Tratamiento:

- Terapia individual
- Terapia familiar
- Terapia familiar multidimensional
- Terapia de grupo
- Consulta médica/farmacoterapia
- Grupo de familiares
- Consejería familiar
- Grupos psicoeducativos (hombres y mujeres)
- Intervención breve (adolescentes y adultos)
- Prevención de recaídas
- Consulta de seguimiento subsecuente
- Interconsulta
- Tratamiento para dejar de fumar grupal
- Tratamiento para personas con problemas en su forma de beber
- Pruebas rápidas de detección de múltiples drogas
- Pruebas rápidas de detección de anticuerpos de VIH

Servicios de seguimiento:

- Terapia individual
- Terapia familiar
- Farmacoterapia

El costo del servicio del PMDM será de \$40.00 pesos por dosis suministrada, cuyo pago incluye el costo de consultas médicas y psicológicas, así como las actividades de **centro de día**. Excluyendo la aplicación de pruebas de detección de drogas en orina y de anticuerpos anti VIH, las cuales se cobrarán de acuerdo al estudio social realizado a su ingreso.

### **INTEGRANTES DE HOSPITALIZACIÓN Y PROYECTOS CLÍNICOS.**

Dra. Laura M. León León.- Subdirectora de Hospitalización y Proyectos Clínicos.  
Psic. Rocío Romero Reséndez.- Jefa del Depto. De Normatividad de Hosp. y Proyectos Clínicos.  
Dr. Oscar Lázaro De la Torre.- Subjefe de Depto.  
Mtro. Otto Berdiel Rodríguez.- Técnico Normativo.  
Dr. Daniel Mora Monsalvo.- Técnico Normativo.