



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

**GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE
MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN
CON METADONA (PMDM)**

AGOSTO 2024



ELABORÓ

Dra. Isla Primavera Martínez Moreno
Jefa del Departamento de Hospitalización
y Proyectos Clínicos

INTEGRÓ

Lic. Diana Rebeca Basurto Ramos
Departamento de Desarrollo Organizacional

REVISÓ

Mtro. David Bruno Díaz Negrete
Director Normativo

Dr. Víctor Manuel Guisa Sánchez
Director de Tratamiento y Rehabilitación



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)

CLAVE DEL DOCUMENTO: GT-UTUH/PMDM-A3

Lic. Jorge Ramírez Sobrado
Director de Planeación

Psic. Rocio Romero Reséndez
Subdirectora de Hospitalización y
Proyectos Clínicos

Lic. Patricia Leonor León Olivares
Jefa del Departamento de
Desarrollo Organizacional

AUTORIZÓ

Dra. Carmen Fernández Cáceres
Directora General



ÍNDICE

• ANTECEDENTES	1
• JUSTIFICACIÓN	3
• INTRODUCCIÓN	4
• OBJETIVO GENERAL	6
• METODOLOGÍA	7
• FASE 1: DESINTOXICACIÓN	8
• FASE 2: MANTENIMIENTO	16
• FASE 3: RAHABILITACIÓN	26
• DESHABITUACIÓN EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL	28
• PROCEDIMIENTO Y POLÍTICAS DE ADMISIÓN	29
• EVALUACIÓN MÉDICA	29
• TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN CON METADONA	31
• BIBLIOGRAFÍA	41
• PROCEDIMIENTO	45
• DIAGRAMA DE FLUJO	48



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

ANTECEDENTES

El clorhidrato de metadona es un analgésico narcótico, agonista opiáceo sintético descubierto en Alemania en 1938 conocido como “Amidone”; los primeros resultados del uso de este medicamento como tratamiento del síndrome de abstinencia a la morfina fueron reportados a finales de 1947, en la revista *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, esta fue la primera referencia en la literatura médica que planteaba la sustitución de la morfina por la metadona. La forma oral de esta droga apareció en 1950, y las propiedades farmacocinéticas no se conocieron hasta 14 años después.

En Norteamérica, específicamente en Canadá, fue utilizada por Halliday a finales de los 50's, y en Estados Unidos de América (EEUU) por Dole y Nyswander en los años 60's; (Fischer 1999) pero dada la creciente alarma pública suscitada por la extensión y gravedad del consumo de heroína y su repercusión en el aumento de la marginación, delincuencia y la morbilidad, el presidente Nixon, en 1971, extendió a todo éste país el Programa de Mantenimiento con Metadona propuesto por Dole, el cual se venía aplicando en la ciudad de Nueva York desde 1967, bajo pautas reguladas por la *Food and Drug Administration (FDA)*.

Por su parte, en el continente Europeo, específicamente en España, Dinamarca, Holanda e Inglaterra, los programas con Metadona se introdujeron en los años 70's, experimentando un gran auge en la década de los 80's. En Francia, tras un debate sobre los programas de reducción de daños incluyendo a la metadona como parte de éste, en 1995 se introdujeron dos productos metadona y buprenorfina, para el tratamiento sustitutivo con agonistas sintéticos, para la dependencia a opiáceos.

Como parte del Programa de Desarrollo de consensos de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés), en noviembre de 1997 convocaron a un *Panel de Consenso sobre el Tratamiento Médico Eficaz de la Adicción a la Heroína*. El panel de expertos nacionales concluyó que la dependencia a opiáceos es una enfermedad del cerebro que causa trastornos médicos que es posible tratar eficazmente.

El panel recomendó firmemente:

- 1) Mayor acceso a los programas de tratamiento de mantenimiento con metadona para las personas con trastorno por consumo de la heroína u otras drogas opiáceas; y
- 2) La eliminación de regulaciones federales y estatales así como de otras barreras que impidan el acceso a estos programas.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

El panel también recalcó la importancia de ofrecer orientación psicológica para el abuso de sustancias, terapias psicosociales y otros servicios de apoyo al/la paciente, que fomenten la retención y el éxito de los Programas de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona.

La declaración completa del panel de expertos se puede obtener llamando al 1-888-NIH-CONSENSUS (1-888-644-2667) o visitando el sitio Web del Programa de Desarrollo de Consensos del NIH en la dirección <http://consensus.nih.gov/1997/1998TreatOpiateAddiction108html.htm>

En la última década del siglo XX y la primera del XXI se ha reportado que en la mayoría de los países Europeos, los Programas de Mantenimiento con Metadona han experimentado un notable desarrollo englobando la estrategia de reducción de daños, programa que además de buscar la abstinencia, lleva a efecto una política para el usuario de drogas de acercamiento al medio sanitario, en busca de disminuir los efectos negativos del consumo de sustancias, con intervenciones no sólo en el ámbito asistencial sino también en el ámbito preventivo o rehabilitador. De esta forma los Programas de Tratamiento con Metadona están presentes en no menos de 79 países (World Drug Report 2018).

De acuerdo con la Lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, la metadona es una droga controlada, siendo la *Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes* (JIFE) quien regula los niveles anuales de consumo nacional de esta sustancia, la cual sigue vigente.

La política actual de atención al consumo de drogas incluyendo a las opiáceas, pondera la reducción de riesgos, buscando minimizar las consecuencias negativas en los usuarios de sustancias psicoactivas, no solo a nivel físico, sino también emocional, social y económico.

En México, el tratamiento de sustitución y mantenimiento con clorhidrato de metadona existe desde finales de los 70's, siendo la primer Unidad Operativa con apoyo oficial en Ciudad Juárez, Chihuahua de Centros de Integración Juvenil, A.C. (2001).



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, los opioides continúan siendo el grupo de sustancias que más daño causa a los consumidores, la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), en el reporte mundial de drogas 2020 remarca que alrededor del 66% de las muertes causadas por consumo de sustancias pueden ser vinculadas al uso de opioides.

De acuerdo a estimaciones de la ONU y la OMS, a nivel mundial hay alrededor de 11.2 millones de personas usuarias de drogas inyectables; alrededor de la mitad vive con hepatitis C, 1.4 millones se encuentran infectadas por el VIH y 1.2 millones, con ambos.

De acuerdo a la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), en su reporte ejecutivo sobre el uso de drogas en las Américas 2019 enfatiza el impacto negativo potencial sobre la salud de los usuarios de opioides, haciendo notar que en Estados Unidos y Canadá existen una de las mayores tasas de muertes por sobredosis en la historia, resultando en costos importantes, en primer instancia la pérdida de vidas humanas, pero también en aspectos económicos y de salud pública, previendo además que el uso de estas sustancias continuará expandiéndose en los próximos años.

Además del uso de heroína callejera, en Estados Unidos y Canadá, los analgésicos opioides se están posicionando como sustancias de abuso con gran daño a la salud de las personas, en Estados Unidos, se reporta un mayor consumo de estos fármacos que de cocaína, heroína y metanfetaminas combinadas. Este uso de sustancias sin prescripción médica ha creado serias consecuencias en Canadá y Estados Unidos y de acuerdo con la CICAD tienen el potencial de crear situaciones similares en los países de América Latina.

En México, de acuerdo con la ENCODAT 2016, el consumo de heroína y opioides se ha mantenido estable con respecto a los datos de 2012, sin embargo se observa que la edad de inicio del consumo de drogas ilegales aumentó para el grupo de edad de 17 años o menos, que fue de 34% en 2011 y 44.4% en 2016, este cambio resulta significativo, pues se ha demostrado que un inicio temprano en el consumo de cualquier sustancia predispone a un peor pronóstico.

De acuerdo con las cifras de Centros de Integración Juvenil, A.C. las tasas de heroína como droga de mayor impacto, son mayores en los estados del norte del país, especialmente Baja California y Chihuahua, sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento en estados como Querétaro, Guerrero, Cuernavaca y Oaxaca.

Ante este panorama, el Programa de Mantenimiento con Metadona, surge como parte del modelo integral para la atención de los trastornos por consumo de sustancias, siendo el modelo más evaluado e investigado como Programa de Mantenimiento en personas consumidoras de opiáceos. Se ha utilizado a lo largo de más de 50 años demostrando eficacia y seguridad para tratar el trastorno por consumo de opioides.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

INTRODUCCIÓN

El Clorhidrato de Metadona es un agonista opiáceo sintético que actúa fundamentalmente sobre los receptores μ opiáceos. Como analgésico es equivalente en potencia y duración a la morfina. Se administra por vía oral con una vida media en plasma entre 12 y 36 horas.

Se metaboliza en el hígado, siendo sus metabolitos eliminados por orina, sudor y heces, su amplia absorción y biodisponibilidad tras la administración oral y su gran capacidad de almacenamiento en los diferentes tejidos, proporciona niveles plasmáticos durante más de 24 horas, permitiendo que una sola toma evite la aparición del Síndrome de Abstinencia a Opioides (SAO), suprime el deseo intenso del consumo sin estar acompañado de efectos euforizantes o sedación. Además de la acción analgésica y de sedación, el resto de los efectos de la metadona son similares a los de la morfina: disminución del peristaltismo intestinal, aumento del tono de las vías biliares y esfínteres, miosis, disminución de la libido, vasodilatación periférica que puede provocar hipotensión ortostática y a elevadas dosis produce depresión respiratoria, no obstante tiene un amplio margen de seguridad médica.

El uso del clorhidrato de metadona en la desintoxicación, cuenta con una amplia evidencia científica basada en resultados obtenidos, siendo considerada por los OMS (WHO 2007), dentro de la lista de los medicamentos esenciales, ya que interrumpe el ciclo de intoxicación-síndrome de la abstinencia, reduciendo la posibilidad de que se utilice otro opiáceo ilícito, así como la reducción de muerte por sobredosis.

En el ámbito económico, los Programas de Mantenimiento con Metadona son altamente costo-efectivos. Estimaciones realizadas por el United States National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas en Estados Unidos), revelan que el costo del tratamiento de mantenimiento con este fármaco es menor que la décima parte del costo que supone para la sociedad los daños y cuidados de un consumidor de heroína no tratado.

Sobre la base de la gran experiencia existente, la eficacia demostrada y bajo costo, la metadona es el fármaco de elección en el tratamiento sustitutivo de pacientes dependientes a opiáceos.

Centros de Integración Juvenil, A. C., como resultado de una ardua investigación y la experiencia obtenida a través de años de trabajo, ofrece el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), como una alternativa de sustitución de heroína a mediano y/o largo plazo, dirigido a reducir el daño que causa el consumo de ésta, teniendo como fin la rehabilitación de los consumidores.

Los objetivos terapéuticos pueden ir desde la perspectiva centrada en la abstinencia hasta la reducción de daños (paliativa):

- Interrumpir el ciclo de intoxicación – síndrome de abstinencia;
- Disminuir considerablemente el consumo de otros opiáceos ilícitos, así como otras drogas;
- Reducir el riesgo de muerte por sobredosis;
- Reducir conductas de riesgo;



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

- e) Disminuir la transmisión de infecciones relacionadas con el uso de drogas vía parenteral como VIH/SIDA y Hepatitis B o C;
- f) Reducir las conductas antisociales;
- g) Fomentar el apego al tratamiento.
- h) Mejorar la calidad de vida del/la paciente.

Debido al tipo de población usuaria, para lograr la adherencia terapéutica es necesario que el Programa cuente con las siguientes características: accesibilidad, flexibilidad de criterios y horarios, dosificación suficiente, equipo terapéutico estructurado y apoyo psicosocial.

Si bien la metadona puede darse como único medicamento, es necesario añadir intervenciones médicas, psicológicas y sociales para obtener mayores resultados (Fernández Miranda JJ, 2006).

Este tratamiento plantea obtener mejores resultados, al brindarle al/la paciente la oportunidad de que aprenda a cuidar su salud, modificando su estilo de vida, en su entorno social. Con el fortalecimiento de sus relaciones familiares para que le apoyen e involucrarlos en la búsqueda de alternativas de reinserción social.

El Programa de Mantenimiento y Deshabituación con Metadona presenta algunas dificultades, entre las que destaca que los/las usuarios/as, al acudir de manera diaria a prescripción, deben trasladarse desde su lugar de residencia a la Unidad, situación que se dificulta en ocasiones, por otra parte, dificulta que el/la usuario/a se traslade a una localidad distinta, evitando que pueda realizar viajes largos, existen algunos modelos que contemplan esta situación e incluyen en sus esquemas la posibilidad de que los/las usuarios/as puedan recibir dosis adicionales para estas situaciones, sin embargo, se corre el riesgo de que se usen de manera inadecuada, por lo que la implementación no siempre es recomendada.

Para aquellas personas que buscan la abstinencia total, se han creado modelos de deshabituación, en los que se realizan disminuciones graduales de metadona hasta lograr la abstinencia, permitiendo lograr una vida libre de sustancias.

La presente Guía Técnica es un documento basado en diferentes fuentes, que describe los lineamientos para prescribir clorhidrato de metadona, tanto para manejo de la abstinencia, como para la terapia de sustitución a mediano y largo plazo, así como para la deshabituación bajo el modelo residencial, buscando la rehabilitación de usuarios, bajo un marco ético basado en evidencia. Si bien esta Guía se enfoca en el uso del clorhidrato de metadona, es importante conocer que existen otras opciones farmacológicas para el manejo de los trastornos por consumo de opiáceos, por lo cual se podrían utilizar de acuerdo con la disponibilidad geográfica, necesidades de los/las pacientes atendidos previa valoración del Equipo Médico y del recurso económico con que se cuente.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a las Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína (UTUH) y a las Unidades de Hospitalización (UH), los lineamientos necesarios para la atención profesional, integral, y ética de pacientes con dependencia a heroína y otros opiáceos, a través del Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) y el Programa de Deshabituación con Metadona (PDM).



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM)

METODOLOGÍA

La evaluación inicial para la admisión del/la paciente, la llevará a cabo e/la psiquiatra o médico/a de la Unidad, ya que es imprescindible identificar las condiciones clínicas y físicas en las que se encuentra el/la paciente al momento de la solicitud e identificar si éste/a puede ser atendido/a en un Programa de esta naturaleza.

El/la paciente deberá ser evaluado/a e iniciar la medicación el mismo día en que lo solicite.

Criterios de participación en el PMM:

- Demanda del/la Paciente
- Incapacidad de estabilizarse con otras alternativas terapéuticas.
- Historia de dependencia a opiáceos mínima de 1 año.
- Episodios repetidos de síndrome de abstinencia y patología psiquiátrica asociada.
- Entorno poco favorable para un estilo de vida libre de drogas.
- Pacientes mayores a 16 años que presenten dependencia de heroína intravenosa, contando con la autorización y supervisión de padres o tutor/a legal.
- Pacientes embarazadas con dependencia a los opiáceos.
- Contar con la disponibilidad de la familia para participar en el Programa de Tratamiento.
- Comprometerse a respetar las condiciones del Programa.

No podrán integrarse al PMM:

- Ausencia de dependencia
- Menores de 18 años sin autorización y supervisión de los padres o tutor/a legal
- Hipersensibilidad a la metadona
- Enfermedades como:
 - Enfermedades crónicas del sistema respiratorio como asma y bronquitis crónica
 - Insuficiencia hepática
 - Insuficiencia renal
 - Hipertrofia prostática
 - Patología abdominal aguda
- Tratamiento actual con inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO'S)



El **Proceso de Atención Integral** en el **Programa de Mantenimiento con Metadona**, consta de 3 fases:

Cuadro 1.- Fases

Fase 1 Desintoxicación	Fase 2 Mantenimiento	Fase 3 Rehabilitación Social
Valoración – Admisión	Estabilización	Rehabilitación y Reinserción Social
Inducción		Seguimiento
ESTRATEGIAS		
Medicación	Seguimiento médico	Seguimiento médico
Terapia Motivacional	Terapia motivacional	Terapia motivacional
	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas
	Entrenamiento en Habilidades Sociales	
Reducción de daños		

FASE 1: DESINTOXICACIÓN

La desintoxicación, es un proceso terapéutico orientado a la interrupción de la intoxicación por sustancias opiáceas exógenas al organismo. Puede realizarse en el régimen ambulatorio o precisar el ingreso a la Unidad hospitalaria. Es necesario partir de la valoración médica del/la paciente en particular, para posteriormente ingresarlo/a al Programa.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Valoración – Admisión

La valoración médica tiene como objetivo explorar las condiciones generales en que se encuentra el organismo del usuario/a y en particular la valoración del funcionamiento mental, además de indagar las características del patrón de consumo de opiáceos y otras sustancias psicoactivas, deberá poner especial atención en el diagnóstico de la coexistencia de patología dual, la cual puede estar presente y ser independiente al consumo de drogas o bien ser consecuencia del consumo, recordando que las alteraciones psiquiátricas que caracterizan al consumo de algunas drogas son, en algunos casos, de carácter orgánico y transitorio, pudiendo corresponder al periodo de intoxicación y/o abstinencia. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes consumidores es elevada, de acuerdo a diversos reportes internacionales se estima su presencia hasta en un 80%, siendo los principales diagnósticos: trastornos del estado de ánimo (primarios o inducidos), trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y estados psicóticos (registrados en Ejes I y II), de ahí la prioridad de hacer el diagnóstico preciso, a fin de brindar tratamiento tanto para el trastorno por uso de sustancias como para el trastorno mental asociado, asegurando la permanencia y participación del/la paciente en el tratamiento.

Por otra parte es importante investigar el consumo concomitante de alcohol y benzodicepinas (BZD), ya que hay una elevada prevalencia, por lo que el/la usuario/a deberá ser evaluado/a cuidadosamente antes de que se incorpore al tratamiento con metadona, a fin de evitar cuadros de depresión respiratoria, hecho que llega a suscitarse en la primera semana de tratamiento, debido a la interacción de los opioides con el alcohol y las BZD.

La información obtenida deberá ser anotada en los formatos de Entrevista Inicial (8819-03) e Historia Clínica (8819-01). El diagnóstico médico-psiquiátrico deberá ser codificado en los Ejes I y III de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 vigente, sin perder de vista que el diagnóstico no es solo una consignación de datos, por el contrario habla del conocimiento médico del individuo, basado en la información obtenida durante el interrogatorio y la exploración física, información que es sistematizada en síndromes (signos y síntomas) y finalmente en entidades nosológicas, poniendo especial interés en el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica con el fin de medicar las patologías que se encuentren y detectar cualquier circunstancia que pueda interferir con la prescripción de metadona, a partir de los cuales se justifica el manejo clínico, se norma el tratamiento del/la usuario/a y juega un papel importante en el éxito del mismo.

Un elemento indispensable en la evaluación inicial, es la detección de metabolitos de droga en orina mediante la aplicación de la prueba rápida de detección de drogas en orina (PRDD), corroborando el diagnóstico del consumo reciente de sustancias, resultado que deberá ser anotado en la *Entrevista Inicial* (8819-03), en el apartado de observaciones u otra información relevante, así como en la *Nota Clínica de Evolución* (8819-15), es importante mencionar que la aplicación subsecuente es un parámetro objetivo a la hora de evaluar la eficacia del tratamiento.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Es de suma importancia explorar la posibilidad de contagio de VIH, recomendación señalada en el punto 9.3.1 de la NOM-028-SSA2-2009, información que será recabada en el registro *Tipificación de Riesgo de Infección por Virus de la Inmunodeficiencia en Humanos* (8821-08), así como, la información del resultado de la aplicación del reactivo correspondiente, anotando el resultado en el apartado *información adicional*, la aplicación de éste reactivo es parte del diagnóstico y por ningún motivo debe de faltar. Se recomienda que en aquellos pacientes en donde el resultado ha sido no reactivo, se aplique como control cada tres meses, anotando el resultado en el registro de *Evolución de Pacientes bajo Tratamiento con Metadona* (8821-14).

En caso de que la prueba resulte reactiva, se solicitará interconsulta al servicio de salud correspondiente, con la finalidad de confirmar el resultado y en su caso que dicha institución le proporcione el tratamiento antirretroviral, el seguimiento deberá ser consignado en el formato de *Evolución de Pacientes bajo Tratamiento con Metadona* (8821-14), describiendo los resultados de la derivación, los medicamentos y las dosis indicadas de los mismos, **recordando que la metadona presenta interacción farmacológica con antirretrovirales tanto del grupo de inhibidores de la transcriptasa reversa (Efavirenz, nevirapina) como con inhibidores de la proteasa (Amprenavir, lapinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir).**

En la valoración médica, procede la solicitud de los exámenes mínimos indispensables de laboratorio y gabinete (recomendación señalada en el punto 9.2.1.1.4 NOM-028-SSA2-2009), tales como: Biometría hemática, química sanguínea de por lo menos 12 elementos, examen general de orina y tele de tórax como estudios básicos, amén de los estudios que cada caso amerite, los resultados se anotarán en el formato *Evolución* (8821-03), y en su caso prueba de embarazo.

La impresión diagnóstica resultante de la evaluación será la que determine la admisión del/la paciente y el o las indicaciones terapéuticas correspondientes, las cuales deberán ser asentadas en la *Nota de Evolución de Pacientes bajo Tratamiento con Metadona* (8821-14), estableciendo el plan terapéutico y el pronóstico, en un plazo no mayor de 48 horas, definiendo la intervención y de ahí el tratamiento al que será sujeto el/la paciente.

Una vez que el/la paciente ha sido valorado por el médico, el proceso continua a cargo de las áreas de Trabajo Social, en un primer momento se realizará el *Estudio Socioeconómico* (8819-08), con el fin de establecer la cuota de recuperación.

La admisión al Programa se efectuará mediante la elaboración de un contrato firmado en el que se enuncian los compromisos terapéuticos que forman parte del Programa (PMM), así mismo implica la aceptación del reglamento, los trámites de admisión y las condiciones de permanencia en el tratamiento utilizando: *Contrato Terapéutico para Pacientes bajo Tratamiento con Metadona* (8821-16), *Hoja de Exención de Responsabilidades para Pacientes bajo Tratamiento con Metadona* (8821-17) y el *Reglamento de Participación en el Programa de Mantenimiento con Metadona* (8821-15).



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Una vez admitido el/la residente se procederá a evaluarlo de forma integral, es decir, por las áreas de medicina, psicología y trabajo social.

Nota: En caso de que alguna Unidad Operativa no cuente con personal de algún perfil profesional, se deberá realizar interconsulta a una Unidad de Hospitalización o Centro de Integración Juvenil de la localidad.

Evaluación Psicológica y Social

La evaluación psicológica deberá realizarse con instrumentos clínicos vigentes y por personal calificado, para obtener información sobresaliente del funcionamiento psicológico, a fin de plantear alternativas de tratamiento psicoterapéutico haciendo uso de la *Evaluación Clínica Psicológica* (8821-36). En caso de que la familia del/la paciente se interese por acudir a tratamiento se deberá elaborar el formato *Evaluación Familiar* (8819-07).

La entrevista social tendrá por objeto investigar los problemas psicosociales asociados al uso crónico de opiáceos, destacar las necesidades prioritarias e integrar esta información al contexto global de tratamiento registrando el formato *Estudio Socioeconómico* (8819-08). El diagnóstico psicológico y social es vital para estructurar una red de servicios de apoyo que aseguran una tasa de éxito mayor.

Inducción

El objetivo de la inducción es iniciar la medicación con seguridad, minimizando el malestar del/la paciente, siendo de suma importancia tomar en cuenta los factores farmacológicos de la metadona, el consumo concomitante de otras drogas y la interacción de ésta con otros medicamentos que incrementan los niveles plasmáticos de la misma, ya que existe un riesgo elevado de muerte, el cual puede ser siete veces más elevado que antes de haber iniciado el tratamiento (Caplehorn y cols., 1999). **La dosis total de metadona se calcula a partir de la cantidad de heroína que dice el/la paciente consumir, la pureza de ésta, el consumo de otros opiáceos, la vía de administración, así como, la valoración clínica del síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) que presente y peso del/la paciente, esta etapa durará un máximo de 7 días.**



En esta etapa debe tomarse en cuenta lo siguiente:

Cuadro 2.- Inducción

Día	Dosis (mg/día)	Observaciones
1	10-30**	• Tolerancia baja o dudosa: dosis inicial de 10-20mg. • Tolerancia alta: dosis inicial de 25 a 40 mg. • Observar al/la paciente durante 2-3 hrs. para detectar signos de intoxicación. • Si hay signos de abstinencia opiácea añadir dosis complementaria.
Cada 3-5 d	Aumentar 5-10mg/día hasta estabilizar dosis*	• No incrementar más de 20 mg a la semana.

*Dosis estable: la que permite que no haya síntomas de abstinencia opiácea ni deseo de consumo, sin signos de sobredosificación (miosis, sedación,...) entre una toma y la siguiente.

**Se podrá utilizar dosis de 40 mg cuando la tolerancia a opiáceos sea muy alta, dependiendo la valoración de cada paciente.

- Una vez ingerida, la metadona tarda 2 a 3 horas para alcanzar su efecto máximo.
- Algunos medicamentos interfieren con la metabolización de la metadona provocando cambios en la concentración plasmática, y por lo tanto facilitando la aparición de intoxicación o abstinencia (Tablas 1 y 2).
- Es necesario conocer si hay policonsumo, como benzodiacepinas, alcohol, cocaína, etc., al fin de evitar la abstinencia a estas sustancias, lo cual puede interferir con el proceso de desintoxicación.

Mujeres embarazadas

- Se aconseja dar prioridad a las mujeres embarazadas debido a los riesgos de salud tanto para la madre como para el feto, reduciendo de esta manera las complicaciones perinatales y neonatales.
- El momento más seguro para iniciar tratamiento está comprendido entre la semana 14 a la 28 de gestación.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

- No se recomienda la inducción en las primeras 12 semanas de gestación, ya que podría causar aborto espontáneo, así como, después de la semana 32 por el alto riesgo de parto prematuro (Consejo de Europa 2000).
- En el tercer trimestre es necesario tener precaución de ajustar la dosis, por los cambios en el metabolismo de la mujer, así como, por el incremento del volumen sanguíneo.
- Las dosis deben ser lo más bajas posible sin que se llegue a presentar abstinencia, teniendo en consideración el policonsumo (Fernández y Marina, 1999).

Cuadro 3.- Dosis Segura

Fase	Objetivos	Dosis
Inducción	Eliminar los síntomas de abstinencia Establecer la dosis adecuada (la que produce los efectos deseados).	30-40 mg +/- 5-10 mg (Cada 24-72 horas).
Mantenimiento	Mantener los efectos deseados (saturación estable de los receptores opiáceos)	80 +/- 20 mg Puede sobrepasar los 100 ó ser inferior a 50 mg/día

Nota: Se recomienda no utilizar la variación de dosis como reforzador conductual positivo o negativo y que el/la paciente conozca la dosis de metadona que tiene prescrita.

Sobra decir que en general el elemento fundamental en la eficacia de este tratamiento, es establecer la dosis de metadona de acuerdo con las necesidades particulares de cada paciente.



Cuadro 4.- Dosis adicionales de metadona

Gravedad de la abstinencia	Dosis adicional
Ligera	No aumento
Moderada (dolores musculares, dilatación pupilar, náuseas, bostezos)	5-10 mg
Grave (vómitos, piloerección, taquicardia, hipertensión arterial)	20- 30 mg

El seguimiento estricto de la dosificación individualizada de metadona, así como de los otros medicamentos necesarios para el control de la comorbilidad psiquiátrica y médica asociada, deberá ser reportada en el registro de *Evolución de Pacientes bajo Tratamiento con Metadona (8821-14)*, función del médico/a general, con la siguiente frecuencia:

- 1) Diario, durante las dos primeras semanas del tratamiento.
- 2) Semanal, a partir de la tercera semana del tratamiento.
- 3) Mensual, a partir del segundo mes de tratamiento.

Se define como **dosis estable**, a la dosis suficiente dentro de un margen de eficacia y seguridad, que permite un “estado de equilibrio” en el/la paciente, evitando el **SAO** durante 24 hrs., y reducción o eliminación de la apetencia (**craving**) por la heroína, sin provocar sedación, ni euforia.

Durante la inducción con metadona, así como a lo largo de la aplicación del Programa, es necesario evaluar el consumo de alcohol, BZD, cocaína o cualquier otro fármaco prescrito a fin de evitar la presencia de sobredosis o bien para evitar la abstinencia a estas sustancias, interacciones que impactan desfavorablemente en el proceso de desintoxicación (Casas y cols., 2001).

Una vez iniciada la medicación en paralelo y con el fin de generar el apego a tratamiento, el/la paciente será integrado a la **estrategia de tipo motivacional** que ayude al proceso de cambio de hábitos y al fomento de nuevos estilos de vida.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

El modelo de abordaje psicoterapéutico más aceptado en la actualidad es la terapia de estimulación motivacional propuesto por Miller y Rollnick (1991), aplicada de forma individualizada, bajo el modelo cognitivo-conductual destinado a manejar situaciones de riesgo y exposición a estímulos.

Concretamente, la Entrevista Motivacional se basa en el respeto al/la paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de escoger (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

Este enfoque terapéutico integra aspectos de la “terapia centrada en el paciente” propuesta por Rogers (1951), con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio, contemplando dos principios básicos que centran este planteamiento:

1. Evitar la confrontación con el/la paciente, situación frecuente cuando se persigue informar a alguien que no está seguro de querer cambiar;
2. Facilitar que el/la paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta (Lizárraga y Ayarra, 2001).

Dicho encuadre se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el/la paciente en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia y la asunción de los puntos de vista del/la paciente, el respeto por las opiniones y decisiones del/la paciente, el curso deberá ser lento y progresivo, siguiendo el ritmo de cambio del/la propio/a paciente.

La estrategia motivacional se basa en los siguientes principios:

- Expresar empatía
- Desarrollar discrepancia
- Evitar argumentar y discutir
- Trabajar las resistencias del/la paciente
- Apoyar y fomentar la autoeficacia.

La Entrevista Motivacional plantea que el/la terapeuta sepa discriminar el estadio de cambio en que se encuentra cada paciente y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estadio de cambio inicial. La clave de su utilidad y eficacia, según el modelo, es que el/la propio/a paciente se proponga el abandono de la conducta-problema y mantenga la motivación para hacerlo, avanzando con ayuda del/la terapeuta por los diferentes estadios de cambio.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

FASE 2: MANTENIMIENTO

Estabilización

La estabilización y mantenimiento con clorhidrato de metadona a dosis estables por un periodo prolongado (uno a dos años), beneficia a los/las pacientes al reducir su exposición a conductas de riesgo mejorando aspectos psicosociales y de salud, facilitando el proceso de cambio de estilo de vida. Desde esta perspectiva, el tratamiento farmacológico trata de lograr el mantenimiento de la abstinencia y la estabilización social, evitando de esta forma una recaída, reforzado por intervenciones preventivas, sanitarias y psicoterapéuticas bajo la estrategia de reducción de daños, de acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009 se evitan o disminuyen las situaciones de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Esta etapa se define como la administración de metadona, medicamento controlada, por un tiempo prolongado, a pacientes dependientes de heroína u otros opiáceos que, después de sucesivos procesos de desintoxicación correctamente prescritos y efectuados, no consiguen resultados.

Se considera la terapéutica de elección en pacientes consumidores de opiáceos que presentan algún trastorno orgánico o psíquico donde un tratamiento de desintoxicación puede ser contraindicado.

La dosis adecuada de metadona durante el tratamiento sería aquella capaz de:

- Prevenir la aparición de sintomatología de abstinencia a opiáceos durante 24 horas.
- Reducir o eliminar el “craving”.
- Bloquear los efectos euforizantes de cualquier otro opiáceo auto administrado.

El tiempo necesario para lograr la estabilización puede durar seis semanas o más, para posteriormente continuar con la fase de mantenimiento.

Durante esta etapa se pueden presentar las siguientes situaciones:

- Que el/la paciente permanezca con la misma dosis por un período prolongado.
- Puede ser necesario aumentar la dosis:
 - En los períodos de mayor estrés y en los de mayor deseo de consumo, ya sea de forma temporal o permanente.



2. En pacientes que comiencen tratamientos que interactúen con metadona (tener en cuenta que pueden estar tomando fármacos sin prescripción, usándolos como sustancias de abuso).
 3. Valorar el aumento de la dosis de metadona a los/las pacientes que continúan consumiendo heroína (sobre todo si acaban de iniciar el tratamiento).
 4. En tratamientos de muy larga duración con metadona puede desarrollarse tolerancia por lo que deberá ajustar la dosis.
- C. Si un/una paciente estabilizado solicita una disminución de la dosis: explorar el deseo que le motiva a solicitar ésta (sobre todo si es debido a presiones externas).

Es muy importante vigilar interacciones de otras sustancias como el uso de medicamentos agonistas/antagonistas de los opiáceos, que puedan propiciar un SAO por desplazamiento de opiáceos en los receptores.

Tabla 1.- Fármacos y sustancias de abuso que pueden disminuir las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona

NOMBRE GENÉRICO	ACCIÓN/USO
Ácido Fusídico	Antibiótico
Butabarbital sódico, mefobarbital, fenobarbital, pentobarbital, secobarbital	Sedantes y/o hipnóticos
Carbamacepina	Anticonvulsivo, neuralgia del trigémino, neuromodulador
Cocaína	Sustancia de abuso
Dexametasona	Corticoide
Etanol	Consumo crónico
Espironolactona	Diurético
Fenitoína	Anticonvulsivo
Hierba de San Juan	Antidepresivo
Heroína	Sustancia de Abuso
Primidona	Anticonvulsivo
Rifampicina	Tratamiento de la TB pulmonar
Tabaco	Sustancia de abuso
Acidificadores de la orina, ácido ascórbico	Utilizados en algunas infecciones urinarias y/o para aumentar la excreción de xenobioticos.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Interacción clorhidrato de metadona-alcohol

Consumo agudo

En los casos de intoxicación aguda con alcohol en pacientes que se les suministra metadona, se presenta mayor efecto depresor del SNC por potenciación de ambas drogas, por lo que es conveniente reducir la dosis de metadona, hasta que desaparezcan los efectos de intoxicación aguda. Si ya han recibido la dosis de metadona diaria, hay que dejar al/la paciente en observación por el riesgo de depresión del sistema nervioso central.

Consumo Crónico

En el caso de alcohólicos crónicos, éstos tienen aumentada la inducción enzimática (citocromo P450), por lo que hay una metabolización más rápida de metadona, como consecuencia necesitan dosis más altas de metadona en la mayor parte de los casos, o bien puede ser necesario fraccionar la dosis, ya que puede aparecer SAO a corto plazo.

Si se trata de un alcohólico crónico que se encuentra en fase de intoxicación aguda por alcohol, tener en cuenta que por inducción del citocromo P450 hay un aumento en el metabolismo de metadona, con descenso de los niveles de la misma y aparición de SAO a corto plazo, por lo que hay que evaluar la dosis. Habitualmente se siguen los criterios descritos en intoxicación aguda.

Interacción metadona-benzodiacepinas

No hay evidencias de que las benzodiacepinas interactúen metabólicamente con la metadona, sin embargo sí hay una sinergia, sumándose los efectos depresores de SNC por lo que se recomienda ajustar la dosis de metadona a la baja.



Tabla 2.- Fármacos que pueden incrementar las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona

NOMBRE GENÉRICO	ACCIÓN/USO
Amitriptilina	Antidepresivo tricíclico
Cimetidina	Antagonista receptores H2, tratamiento del úlceras gástrico y duodenales y de la enfermedad de reflujo gástrico
Ciprofloxacino	Antibiótico quinolona
Diazepam	Tratamiento de la ansiedad
Dihidroergotamina	Antimigrañoso
Disulfiram	Interdictor del alcohol
Etanol	Consumo agudo
Fluconazol	Agente antifúngico
Ketoconazol	Agente antifúngico
Eritromicina, claritromicina	Antibióticos macrólidos
Alcalinizadores de la orina	Tratamiento de la litiasis renal, tratamiento contra la gota
ISRS: fluoxetina, fluvoxamina, Paroxetina, sertralina	Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Utilizados en el trastorno depresivo mayor, el TOC, el trastorno por crisis de angustia, fobias y ansiedad generalizada.
Moclobemida	Antidepresivo IMAO reversible
Metronidazol	Anti-infeccioso
Jugo de Uva	Bebida
Verapamilo	Antiarrítmico

Tabla 3.- Equivalencias aproximadas entre dosis de heroína y otros opiáceos

1 mg de heroína	0.1 mg de metadona
	3.0 mg de morfina
	24.0 mg de codeína
	50.0 mg de propoxifeno



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Lo deseable sería el poder retirar, de acuerdo con el/la paciente, la benzodiacepina de abuso, ya sea con disminución gradual hasta suspensión total de ésta, o bien sustituyéndola por otras sustancias con menor índice adictivo, para evitar las posibles crisis por privación.

Es muy importante monitorear al/la paciente de forma estrecha, pues en policonsumidores existe el riesgo de sobredosis, la detección de metabolitos de drogas en orina es básica para detección del consumo de otras sustancias y de esta forma prevenir las recaídas, si se detecta que el/la paciente continua abusando de otras sustancias y pone en peligro su vida, se tendrá que valorar su ingreso a la unidad de tratamiento residencial (Unidades de Hospitalización) o derivar a otra Institución, a fin de salvaguardar la vida de éste.

Se sugiere realizar un control electrocardiográfico en pacientes que tengan antecedentes de riesgo para desarrollar arritmia cardíaca o bien en aquellos con una cardiopatía previa al mantenimiento con metadona, debido a que este medicamento provoca una repolarización cardíaca que a nivel de ECG se traduce en un alargamiento del intervalo **QT** (Leavit, 2001; Krantz y cols, 2003, Nivel de evidencia 1).

En este proceso el seguimiento médico no debe faltar, siendo el tratamiento psicoterapéutico que apoye la adherencia al tratamiento global, el cual va a permitir un mayor logro en la prevención de recaídas debido al entrenamiento del/la paciente en habilidades sociales, como: toma de decisiones, cuidado del cuerpo, estilos de vida saludable, entre otros.

Los modelos psicológicos para terapia son los que están basados en las teorías de aprendizaje social, a través de la modificación de la conducta como lo enmarca Bandura y cols.

Es importante también el apoyo familiar y de la pareja, debiéndolos orientar en la problemática del/la paciente, así como, la relevancia de la interacción de los diferentes actores.

Desde ésta perspectiva, el tratamiento farmacológico trata de prolongar la abstinencia y la estabilidad emocional (impulsividad, ansiedad, etc.) que pudiera revertir su proceso, es decir la presencia de una recaída. En esta etapa es de suma importancia continuar con el aprendizaje de conductas que lo mantengan fuera del consumo de drogas, con estrategias de motivación.

El tratamiento psicoterapéutico 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.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

En esta fase es importante que se continúe con la terapia motivacional, ya que los beneficios de utilizar este tipo de intervención dan como resultado que:

- Compromete y mantiene a los/las pacientes en tratamiento.
- Aumenta la participación y el involucramiento.
- Mejora los resultados del tratamiento.
- Promueve la aceptación de ayuda en caso de una recaída.

Las estrategias motivacionales que se deberán implementar para promover el cambio se realizarán de acuerdo a los siguientes puntos de abordaje:

- Aconsejar.
- Remover obstáculos.
- Proporcionar alternativas
- Disminuir el deseo de consumo.
- Practicar empatía.
- Dar retroalimentación.

En este tipo de terapia lo importante es enfocarse en las fortalezas del/la paciente y no en sus debilidades, respetar las decisiones y su autonomía, realizar un tratamiento individualizado y no etiquetarlo como “adicto” y desarrollar una relación terapéutica, ser empático y no utilizar el poder o la autoridad.

Además de la terapia motivacional, la prevención de recaídas es un Programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los/las pacientes a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. Basada en principios de la psicología de la salud y en la teoría social cognoscitiva de Bandura, la prevención de recaídas combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y la reestructuración del estilo de vida.

La prevención de recaídas integra técnicas y Programas diseñados para dar un máximo apoyo al mantenimiento de la abstinencia por consumo de drogas, siendo los objetivos.

1. **Prevenir la recaída**, enseñándole a los/las pacientes en proceso de cambio de conductas, a anticipar y enfrentar los conflictos específicos y situaciones de alto riesgo que pueden causarles una recaída.
2. **Intervenir** lo más rápido posible una vez que ocurra la recaída.
3. **Facilitar** los cambios necesarios en el estilo de vida para lograr así una vida en equilibrio.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Este modelo enfatiza la necesidad del individuo de aprender nuevas habilidades cognitivas y conductuales para enfrentar las situaciones de alto riesgo. Sin embargo, las nuevas habilidades no son suficientes por sí solas para mantener la abstinencia, se requiere además de un cambio de estilo de vida, integrando diferentes hábitos como: ejercicio, meditación, técnicas del manejo de estrés, de relajación, reestructuración cognitiva, automonitoreo, etcétera.

Los objetivos específicos de esta intervención son:

- Modificar pensamientos, percepciones y actitudes acerca de las situaciones de riesgo de las recaídas.
- Habilitar en el reconocimiento de señales de alarma y factores de riesgo internos y externos.
- Habilitar en el manejo de situaciones intra-personales y extra-personales que precipitan una recaída.
- Lograr una **motivación permanente** y constante para mantener la abstinencia.
- Coadyuvar con el/la paciente para adquirir un estilo de vida más saludable.

Las estrategias o procedimientos que se desarrollan se subdividen en tres categorías:

- Adiestramiento de habilidades
- Reestructuración cognoscitiva
- Intervenciones en estilos de vida.

Las estrategias de **adiestramiento de habilidades** incluyen la adquisición de respuestas conductuales y cognoscitivas necesarias para afrontar situaciones de alto riesgo. Los procedimientos de **reestructuración cognoscitiva** se diseñaron para proveer a los/las pacientes de cogniciones alternativas acerca de la naturaleza de cambio de hábitos (p. ej., a verlo como un proceso de aprendizaje), e introducir la imaginación del afrontamiento para encarar el riesgo y las señales tempranas de peligro reestructurando sus reacciones a la recaída inicial. Finalmente, las **intervenciones sobre estilos de vida** (como relajación, planeación del tiempo libre y ejercicio), se diseñan para fortalecer la capacidad general de afrontamiento del/la paciente y reducir la frecuencia e intensidad del riesgo.

El **entrenamiento de las habilidades sociales** es una forma de intervención psicológica diseñada para mejorar el funcionamiento interpersonal de los sujetos, se reconoce que la mayoría de los déficits en las habilidades comportamentales son déficits interpersonales, de ahí la premisa de esta estrategia que se basa en entrenar a los/las pacientes a aprender nuevas habilidades, esperándose que el aprendizaje de las nuevas habilidades interfiera con las inadecuadas, y se dé el cambio de conducta.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

La adquisición de habilidades sociales prepara a los/las pacientes para la participación competente y eficaz en diversos aspectos de la interacción humana. De esta forma la enseñanza de habilidades sociales, deberá ser parte esencial de un Programa diseñado para enseñar y mejorar las habilidades de relación y comunicación.

Tener claro los problemas sociales que presenta cada paciente permitirá generar un Programa acorde a las necesidades particulares, además de evaluar el proceso que conlleva su rehabilitación y reinserción social.

Durante el proceso de mantenimiento, posiblemente nos plantearemos la derivación del/la paciente a un grupo de terapia. La terapia de grupo es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada y eficaz en un gran número de ámbitos clínicos.

Para llevar a cabo el abordaje en grupo, se tiene que partir de la premisa de que es necesario que el/la terapeuta haya trabajado, previa y preferentemente en grupo, en entrenamiento en habilidades básicas de comunicación y relación, así como en la consecución de un estilo asertivo.

El grupo permite aceptar y entender la enfermedad, da herramientas para la autonomía del/la paciente y prepara al individuo para situaciones de riesgo, asimismo aumenta la motivación para la abstinencia y disminuye la tendencia a la negación y da respuesta a la necesidad de adaptación social. Se potencializa la autoeficacia del/la paciente, ayudándole a reconocer las situaciones de riesgo y a utilizar alternativas que le ayuden a evitar el consumo de drogas.

Los contenidos de las sesiones pueden ser las siguientes: conceptos de recaídas, situaciones de riesgo y alto riesgo, decisiones irrelevantes, pensamientos negativos, antecedentes encubiertos, conductas previas, estrategias de afrontamiento, análisis de situaciones de riesgo y evaluación entre otros.

Los estudios que evalúan la terapia de grupo han mostrado que los/las pacientes que están en psicoterapia grupal mejoran su grado de compromiso, tienen tasas más altas de abstinencia, mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, y obtienen mayor compromiso para acudir a sesiones de seguimiento.

Incluye una gran variedad de elementos terapéuticos o mecanismos de cambio, muchos de los cuales son exclusivos de la terapia de grupo, que van desde los factores terapéuticos comunes a muchos tipos de grupos (como la universalidad, el altruismo, la catarsis y la provisión de información) y a la variable de aprendizaje interpersonal. Varios de estos factores terapéuticos pueden operar en cada tipo de grupos en un momento dado. Los/las terapeutas deben entender los mecanismos particulares de cambio que actúan a fin de facilitar su acción y completar la labor del grupo.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

En el abordaje grupal se utilizan técnicas e intervenciones comunes a otros niveles de intervención y otras muy específicas. Todos los clínicos deberían estar familiarizados con la tecnología utilizada en este tipo de terapia. Algunas de estas intervenciones singulares incluyen trabajar el aquí y ahora, la transparencia del/la terapeuta y la utilización de varios recursos de procedimiento.

Los objetivos de la terapia de grupo son:

- Disminuir la tendencia a la negación y a la huida, facilitando la aceptación del problema y aumentar la motivación para mantenerse abstinentes.
- Facilitar el afrontar las condiciones emocionales que a menudo acompañan al trastorno por consumo de sustancias.
- Dar respuesta a la necesidad de sentirse aceptados/as.
- Aumentar la capacidad de reconocer, anticipar y encontrar alternativas a situaciones que pueden precipitar una recaída.
- Facilitar la introspección después de verse reflejados en los demás.
- A partir de las vivencias de sentimientos y reacciones de los demás, aceptar más fácilmente sentimientos similares en ellos mismos.

Serían contraindicaciones de grupo toda circunstancia que pueda interferir:

- Si el/la paciente no puede mantener la abstinencia, deberemos recapacitar y considerar otras posibles alternativas terapéuticas que no comprometan la estabilidad del grupo.
- La presencia de alteraciones psiquiátricas concomitantes como puedan ser psicosis o psicopatías las cuales serán motivo de exclusión. Para ello deberá efectuarse un buen psicodiagnóstico que tenga en cuenta la patología dual que a menudo existe en los/las pacientes.

Todas las intervenciones que realice el perfil de psicología se registrarán en el formato *Nota Clínica de Evolución* (8819-15).

Asimismo, se realizará el llenado del *Registro de Integración y Reinserción Social para pacientes bajo Tratamiento con Metadona* (8821-13), que se aplicará mensualmente para identificar las áreas en que se pondrá el énfasis para la rehabilitación.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Finalización del tratamiento medicamentoso

Le evidencia científica recomienda que para el abandono total de la metadona, puede ser necesario recurrir a la utilización de medicamentos antagonistas como son la naltrexona y la naloxona, para mantener la abstinencia a opiáceos mientras que se continúa con la modificación de las conductas desadaptativas profundamente arraigadas.

Una vez que el/la paciente ha aprendido sobre su problema de consumo y adquirido los elementos necesarios para poder mantenerse en abstinencia conteniendo con su medio ambiente, o en otras palabras, haya alcanzado los objetivos del tratamiento, es importante que el equipo multidisciplinario plantee la reducción del medicamento de forma consensuada con el/la paciente.

La reducción de dosis deberá ser lenta, ya que el objetivo es el bienestar del/la paciente, independientemente del tiempo necesario para retirar la medicación. La evidencia científica recomienda que la reducción sea 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 la disminución de la dosis, así como, la suspensión total del medicamento puede necesitar varios meses, incluso más de un año, el ritmo de ésta reducción dependerá de la respuesta del/la paciente, en tanto, éste deberá continuar en sus terapias grupales, a fin de seguir fortaleciendo un estilo de vida saludable.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

FASE 3: REHABILITACIÓN SOCIAL

Rehabilitación y Reinserción Social

La rehabilitación es un proceso de recuperación de los aspectos de comportamiento individuales de la sociedad. La reinserción es una progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita al/la paciente llevar una vida responsable y autónoma, sin dependencia de drogas.

En la práctica clínica, la etapa de Rehabilitación se orienta hacia el proceso de cambio consolidándose en la rehabilitación, la cual fortalecerá la reinserción social, de tal forma que durante esta etapa de reajuste el seguimiento médico sigue siendo fundamental, al igual que la terapia motivacional y el entrenamiento en habilidades sociales a través de la prevención de recaídas, lo que lleva a una reducción de daños previniendo complicaciones futuras al mismo tiempo que mejora las condiciones de vida y finalmente, haciéndose indispensable para el/la paciente esta nueva concepción de vida, como un renacer hacia un futuro con mayores expectativas de logros.

Egreso

En concordancia con los criterios del Programa Atención Curativa, se dará el alta cuando el funcionamiento general del/la paciente lo permita, salvo las excepciones dadas por la propia trayectoria de la recuperación del trastorno por consumo de opiáceos y otras sustancias de consumo simultáneo.

La terminación del contrato terapéutico formaliza el egreso, previo a éste se hará la evaluación del Programa, a fin de establecer sugerencias y recomendaciones que deberá seguir el/la paciente, para evitar recaídas, una vez concluido el Programa. Éste se documentará en el formato *Egreso Clínico* (8819-12).

El seguimiento, como extensión de los servicios terapéuticos tendrá como fin verificar los alcances terapéuticos a largo plazo. Se planteará 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. El seguimiento se apoyará con otros servicios de asistencia familiar que podrá ser en la misma Unidad o en su caso, referir al/la paciente a otros servicios o institución; para tal efecto se documentará el formato *Referencia/Contrareferencia* (8819-14).



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

El egreso y seguimiento se hará bajo los siguientes lineamientos y procedimientos:

Lineamientos para el Egreso y Seguimiento

1. Podrá registrarse al término del tratamiento acordado o al momento de su interrupción según sea el caso.
2. El egreso podrá ser por:
 - **Terminación:** Que implica el alta cuando se culmina el tratamiento prescrito, habiéndose cumplido los objetivos terapéuticos.
 - **Voluntario:** Que implica la terminación de la prestación del servicio en el Programa, sin haber concluido el tratamiento prescrito, lo cual puede ocurrir por las siguientes condiciones:
 - A. Cuando el/la paciente haya alcanzado cierto grado de mejoría.
 - B. Cuando lo solicite el/la paciente y/o los familiares.
 - C. Cuando el/la paciente deje de asistir al tratamiento (psicoterapia y farmacoterapia) o a la toma de metadona sin dar aviso previo al terapeuta.
 - **Baja:** Cuando el/la paciente transgreda el reglamento que rige el Programa.
 - **Defunción:** Cuando el/la paciente deje de asistir al tratamiento y la unidad tenga conocimiento del fallecimiento del/a paciente, pudiéndose presentar dos situaciones:
 - A. Cuando se realice la *Visita Domiciliaria/Rescate* por algún medio y sea notificado que el/la paciente falleció.
 - B. Cuando los familiares del/a paciente notifiquen por propia cuenta a la unidad, que el/la paciente dejará de acudir a tratamiento por fallecimiento.

Nota: En cualquiera de los dos casos, deberá de realizarse el registro de la información de manera completa en el formato *Egreso Clínico (8819-12)*, sin obviar información.

3. La evaluación final del tratamiento se realizará en consulta ex profeso a cargo del equipo interdisciplinario, para valorar las condiciones de terminación y delimitar el pronóstico, recomendaciones y sugerencias para el seguimiento.
4. Independientemente del momento o forma en que se produzca el egreso (terminación voluntaria o baja), el equipo interdisciplinario analizará las condiciones de terminación con el fin de establecer los logros obtenidos y determinar el alcance del tratamiento con respecto a la remisión total o parcial de la sintomatología.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Seguimiento

La fase de seguimiento abarcará un lapso de 12 meses a partir de la fecha de alta.

En la fase de seguimiento se realizará el monitoreo de las dosis de metadona especificadas al otorgar el alta.

Durante el seguimiento, se podrá dar atención a la familia y/u orientación de acuerdo con cada caso en particular.

Se podrá incluir el rescate telefónico con la frecuencia que el equipo considere pertinente durante esta fase, registrando la intervención en el formato *Visita Domiciliaria/Rescate* (8819-18).

Las sesiones de seguimiento se documentarán en la *Nota Clínica de Evolución* (8819-15) de acuerdo con la modalidad terapéutica que corresponda.

DESHABITUACIÓN EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL

El uso de clorhidrato de metadona en pacientes con dependencia a opiáceos ha demostrado ser el tratamiento más eficaz, mejorando la calidad de vida relacionada con la salud en los/las pacientes, evitar muertes por sobredosis, reducir el uso de otras sustancias ilícitas, así como conductas de riesgo que favorecen el contagio de enfermedades infecto-contagiosas como VIH, Hepatitis C, sífilis entre otras (Nosyk et al., 2011); por otra parte, se ha demostrado que la utilización de intervenciones psicosociales, mejora la retención de pacientes tanto en modelos de mantenimiento como en deshabituación (Villar et al, 2015).

Los Programas de Deshabituación se han usado de manera extensiva debido a su corta duración y bajo costo, con respecto a los Programas de Mantenimiento a largo plazo, Bohdan y sus colaboradores en 2012 publicaron un estudio en el que se demostró que un plazo adecuado para realizar un proceso de deshabituación debe durar al menos 12 semanas.

Por lo anterior, y tomando en cuenta que el tratamiento residencial es un modelo profesional, que incluye entre otras, actividades psicosociales y psicoterapéuticas, terapia psicológica grupal y familiar, intervención en crisis, tratamiento farmacológico, aunado a que el personal de las Unidades de Ciudad Juárez y Tijuana cuentan con experiencia en el manejo de pacientes con dependencia a opiáceos y en la utilización de clorhidrato de metadona, se considera propicio y necesario la implementación de un modelo de deshabituación con metadona.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

PROCEDIMIENTO Y POLÍTICAS DE ADMISIÓN

Los/las pacientes que acudan a solicitar atención en el Programa de Deshabituación con Metadona, son generalmente pacientes que han permanecido un periodo de tiempo considerable en el Programa de Mantenimiento con dicho fármaco por lo que, generalmente cuentan ya con una valoración integral, sin embargo, se debe explorar a fondo la motivación del/la paciente de integrarse a un modelo de deshabituación, y el/la médico/a debe fundamentar además la pertinencia de la incorporación al Programa.

Antes de que un/a paciente se integre al tratamiento de deshabituación, deberá recibir información amplia y detallada sobre el Programa, que incluya las obligaciones adquiridas al ingresar a la unidad hospitalaria, así como los posibles riesgos y beneficios de suspender la metadona.

Durante el proceso de admisión es importante recabar información personal y clínica del/la paciente que incluya problemas de salud física y mental, abuso de sustancias, problemas escolares, familiares, económicos y laborales, entre otros.

EVALUACIÓN MÉDICA

La evaluación inicial para la admisión del caso, la llevará a cabo el/la psiquiatra o médico/a en turno de la unidad hospitalaria, ya que es imprescindible identificar las condiciones clínicas y físicas en las que se encuentra el/la paciente al momento de la solicitud e identificar si éste cumple con los criterios de admisión y puede incorporarse al Programa de Deshabituación con Metadona.

Para ser candidato/a al Programa, el/la paciente debe tener una historia de trastorno por consumo de opiáceos de al menos un año, tener 18 años como mínimo y si es menor de edad (entre 16 y 18 años), tener antecedentes de al menos dos intentos infructuosos de desintoxicación y contar por escrito con el consentimiento de los padres y/o tutor/a.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes consumidores es elevada, de acuerdo a diversos reportes internacionales, se estima su presencia hasta en un 80% (Santos et al, 2020), siendo los principales diagnósticos: trastornos del estado de ánimo ya sea primarios o inducidos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y estados psicóticos, de ahí la prioridad de hacer el diagnóstico preciso, a fin de brindar tratamiento tanto para el trastorno por consumo de sustancias como para el trastorno mental asociado, asegurando la permanencia y participación del/la paciente en el tratamiento.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

La valoración médica tiene como objetivo explorar las condiciones generales en que se encuentra el organismo del/la paciente y en particular la valoración del funcionamiento mental, además de indagar las características del patrón de consumo de opiáceos y otras sustancias psicoactivas, se deberá poner especial atención en el diagnóstico de patología dual, la cual puede estar presente y ser independiente al consumo de drogas o bien ser consecuencia del consumo, recordando que las alteraciones psiquiátricas que caracterizan al consumo de algunas drogas son, en algunos casos, de carácter orgánico y transitorio, que corresponden al periodo de intoxicación y/o abstinencia en algunos casos.

Por otra parte es importante investigar el consumo concomitante de alcohol y benzodiacepinas (BZD) y si es el caso, el tiempo en el que se ha encontrado en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) y el nivel de adherencia al programa, haciendo énfasis en si ha mantenido el consumo alternado, ya que hay una elevada prevalencia en el tipo de conductas de riesgo en estos pacientes, a fin de evitar el riesgo de complicaciones, hecho que llega a suscitarse en la primer semana de tratamiento, debido a la neuroadaptación que ha desarrollado el/la paciente que cursa con esta enfermedad.

En esta evaluación, debe obtenerse la siguiente información:

Determinar el estado actual de la dependencia, determinar por medio de la **Historia Clínica y examen físico**, el grado de dependencia que está presente en el/la paciente teniendo en consideración el tiempo de consumo del/la paciente, durante el examen físico se deberá hacer una búsqueda intencionada de huellas de venopunción, así como datos de intoxicación (miosis, disminución de la frecuencia respiratoria, alteraciones de la conciencia, náuseas y vómitos) o abstinencia (bostezos, ansiedad, rinorrea, dolores musculares, calambres, midriasis, taquicardia piloerección, etc)

Antecedentes patológicos personales y familiares. Es necesario obtener una historia médica completa, de las enfermedades concomitantes, tanto crónicas como agudas, con el objetivo de obtener un panorama amplio del estado de salud del/la paciente para tomar la decisión de ingresar o no al Programa de Deshabituación, se debe considerar también todo el tratamiento que se encuentre tomando el/la paciente, así como indagar sobre embarazos previos y la posibilidad de un embarazo actual.

Un elemento indispensable en la evaluación inicial, es la detección de metabolitos de droga en orina mediante la aplicación de la prueba rápida de detección de drogas en orina (PRDDO), corroborando el diagnóstico del consumo reciente de sustancias.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Por otra parte se deberá realizar la detección oportuna de VIH y Hepatitis C en todos los/las pacientes que ingresen al Programa y la realización de estudios de laboratorio básicos indispensables como son Biometría Hemática, Química Sanguínea, examen general de orina y se deberá valorar la utilidad de la realización de un electrocardiograma. En caso de que alguna prueba de detección, estudio de laboratorio y/o gabinete resulten reactivos o fuera de rangos, se deberá realizar su referencia oportuna para brindar atención complementaria a los/las usuarios/as.

TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN CON METADONA

El tratamiento que se otorgará al/la paciente con uso prolongado con clorhidrato de metadona se iniciará con cautela y evaluando todos los beneficios y posibles efectos adversos del uso y disminución de la dosis de metadona, a pesar de las ventajas vinculadas a su utilización, para su prescripción, es necesario tener en cuenta sus aspectos farmacológicos.

- Gran variabilidad interindividual en su farmacocinética.
- Larga vida media con lenta fase de eliminación (vida media beta de 15 a 60 horas), lo que causa acumulación de la droga y puede resultar en toxicidad.
- Potencial toxicidad retrasada (resulta de la acumulación de metadona en los tejidos y representa uno de los principales desafíos de su titulación).
- Conocimiento limitado acerca del ratio de dosis equianalgésica con otros opioides cuando se hacen rotaciones en pacientes que están recibiendo otros opiáceos.
- La metadona es un agonista μ -delta y la morfina un agonista μ , por lo tanto las dosis de metadona tendrían que ser más pequeñas que lo esperado en los/las pacientes que son parcialmente tolerantes a altas dosis de morfina.

Se sugiere que los/las pacientes que ingresen al Programa de Deshabituación con Metadona sean pacientes que hayan estado en un Programa de Mantenimiento de manera previa, o pacientes que se encuentren actualmente en un PMM con deseos de suspender la metadona e incorporarse a programa libre de drogas.

Por lo tanto antes de iniciar un tratamiento de deshabituación hay que valorar si el/la paciente se encuentra en algunas de las posibles situaciones antes mencionadas e incorporarlo/a a las 3 fases que conforman al modelo o pasar directamente a la 2ª. Fase, si es que el/la paciente ya se encuentra estabilizado y con el uso de una dosis controlada de metadona.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Fase de Estabilización

Esta primera fase se caracteriza por el manejo del síndrome de abstinencia de pacientes con dependencia a opiáceos que nunca han estado bajo un control especializado o abandonaron abruptamente el PMM y presentan síndrome de Abstinencia a Opiáceos (SAO); de tal manera que una vez que se haya concluido con la valoración médica se iniciará con el cálculo de la dosis de inducción y posteriormente la dosis de mantenimiento para cada paciente según sean las características de la sintomatología y lo complejo de la psicopatología. Dichas dosis de metadona pueden abarcar de 80 a 120 mg por día hasta no más de 4 semanas por lo que tendrá que continuar con la siguiente fase.

La fase de estabilización a su vez se divide en dos tiempos, la primera denominada dosis de inducción con una duración aproximada de 1 a 2 semanas y la segunda denominada dosis de mantenimiento que tiene a su vez una duración de 2 semanas, a continuación se detallan cada una de ellas:

a) Dosis de Inducción

La inducción comienza con la primera dosis de clorhidrato de metadona y se extiende a las primeras dos semanas de tratamiento. Durante este periodo los/las pacientes están en mayor riesgo de sobredosis y muerte, por lo que la seguridad debe considerarse de muy alta prioridad. En esta fase se debe evaluar de manera cuidadosa el grado de neuroadaptación del/a paciente, ya que por historia clínica no es sencillo y no es posible establecerla de manera directa (Baxter et al, 2013; WHO, 2009).

La dosis diaria total debe convertirse en una dosis equivalente de clorhidrato de metadona que se administre una vez al día. De acuerdo con la literatura disponible, para los/las pacientes que utilizan heroína una dosis de 20 mg de metadona al día de manera habitual es suficiente para aliviar los síntomas de abstinencia, así como mantenerlos en bajo riesgo de sobredosis; por el contrario para pacientes con altos niveles de neuroadaptación la dosis podrá aumentarse a 30 mg al día (WHO, 2009).

Otros autores sugieren de manera típica una **dosis inicial que va de 10 a 30 mg por día**, realizando una reevaluación al/la paciente entre 2 a 4 horas después hasta alcanzar la dosis pico, adicionando dosis de 5 a 10 mg de metadona, hasta lograr que los síntomas de abstinencia se supriman. La dosis total de metadona en el primer día, en general, no debe superar los 40 mg (Baxter et al, 2013), sin embargo se han encontrado pacientes con una neuroadaptación importante, por lo que la titulación de dosis, debe siempre individualizarse.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Una vez que se ha establecido la dosis inicial de metadona y es bien tolerada, se procede a incrementar la dosis cada 3-5 días hasta lograr que el/la paciente no tenga deseos para el uso de opiáceos; dichas dosis de aumento deben de ser individualizadas y no mayores a 10 mg en los siguientes días (WHO, 2009).

El objetivo de la inducción es iniciar la medicación con seguridad, minimizando el malestar del/a paciente, siendo de suma importancia tomar en cuenta los factores farmacológicos de la metadona, el consumo concomitante de otras drogas y la interacción de ésta con otros medicamentos que incrementan los niveles plasmáticos de la misma, ya que existe un riesgo elevado de muerte, el cual puede ser siete veces más elevado que antes de haber iniciado el tratamiento (Caplehorn y cols., 1999). La dosis total de metadona se calcula a partir de la cantidad de heroína que el/la paciente refiere consumir, la pureza de ésta, el consumo de otros opiáceos, la vía de administración, la valoración clínica del síndrome de abstinencia y el peso del/la paciente, esta etapa durará un máximo de 7 días.

Las dosis adicionales de metadona hasta llegar a la fase de mantenimiento, serán individualizadas conforme a las características de cada paciente, esta fase tendrá una duración aproximada de 2 semanas.

Gravedad de la abstinencia	Dosis adicional
Ligera	No aumento
Moderada (dolores musculares, Dilatación pupilar, náuseas, bostezos)	5-10 mg
Grave (vómitos, piloerección, taquicardia, hipertensión arterial)	20-30 mg

b) Dosis de Mantenimiento

La dosis de mantenimiento inicia en la tercera semana de tratamiento y su objetivo es lograr una dosis que permita al/la paciente integrarse a sus actividades diarias sin cursar con una sedación excesiva, síndrome de abstinencia o craving (Baxter et al, 2013).

En una revisión sistemática de diversos estudios, los autores compararon la eficacia de metadona con diferentes dosis fijas (Faggiano et al. 2003). Se compararon dosis de 1-39 mg, 40-59 mg, 60-109 mg y dosis superiores a 109 mg (todos los/las pacientes en esta última categoría recibieron 160 mg).



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Al comparar las dosis en el rango de 1-39 mg vs 60 -190 mg, estas últimas resultaron en una mejor retención en el tratamiento (RR 1,36; IC de 95%:1,13 a 1,63), tuvieron tasas más altas de abstinencia a los opiáceos (RR1, 59; IC del 95% 1.16 a 2.18) y de abstinencia a la cocaína (RR 1,81; IC del 95%:1,15 a 2,85).

Basándonos en esta evidencia, **la dosis de clorhidrato de metadona que va de 60 a 100 mg/día es más eficaz que las dosis más bajas en la retención de los/las pacientes y en la reducción del uso de heroína y cocaína durante el tratamiento** (Villar et al, 2019). Para encontrar la dosis óptima se requiere adquirir habilidades clínicas, por lo que los/las médicos/as deben prescribir dosis efectivas de metadona y estar dispuestos a aumentar la dosis si los/las pacientes siguen presentando síntomas de abstinencia (WHO, 2009).

Se define como dosis estable, a la dosis suficiente dentro de un margen de eficacia y seguridad, que permite un “estado de equilibrio” en el/la paciente, evitando el SAO durante 24 horas y reducción o eliminación de la apetencia (craving) por la heroína, sin provocar sedación, ni euforia.

Durante la inducción con clorhidrato de metadona, así como a lo largo de la aplicación del Programa, es necesario evaluar el consumo de alcohol, BZD, cocaína o cualquier otro fármaco prescrito a fin de evitar la presencia de sobredosis o bien para evitar la abstinencia a éstas sustancias, interacciones que impactan desfavorablemente en el proceso de desintoxicación (Casas y cols., 2001).

Una vez iniciada la medicación en paralelo y con el fin de generar el apego a tratamiento, el/la paciente será integrado/a a la estrategia de tipo motivacional que ayude al proceso de cambio de hábitos y al fomento de nuevos estilos de vida. El modelo de abordaje psicoterapéutico más aceptado en la actualidad es la terapia de estimulación motivacional propuesto por Miller y Rollnick (1991), aplicada de forma individualizada, bajo el modelo cognitivo-conductual destinado a manejar situaciones de riesgo y exposición a estímulos; así como la entrevista motivacional que se basa en el respeto al/la paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de escoger (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Este enfoque terapéutico integra aspectos de la “terapia centrada en el cliente” propuesta por Rogers (1951), con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio, contemplando dos principios básicos que centran este planteamiento:

1. Evitar la confrontación con el/la paciente, situación frecuente cuando se persigue informar a alguien que no está seguro de querer cambiar;
2. Facilitar que el/la paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta (Lizárraga y Ayarra, 2001).



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Dicho encuadre se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con el/la paciente en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia y la asunción de los puntos de vista del/la paciente, el respeto por las opiniones y decisiones del/a paciente, el curso deberá ser lento y progresivo, siguiendo el ritmo de cambio del/a propio/a paciente.

La estrategia motivacional se basa en los siguientes principios:

- Expresar empatía
- Desarrollar las discrepancias
- Evitar argumentar y discutir
- Trabajar las resistencias del/la paciente
- Apoyar y fomentar la autoeficacia.

La Entrevista Motivacional (EM) plantea que el/la terapeuta sepa discriminar el estadio de cambio en que se encuentra cada paciente y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estadio de cambio inicial. La clave de su utilidad y eficacia, según el modelo, es que el/la propio paciente se proponga el abandono de la conducta-problema y mantenga la motivación para hacerlo, avanzando con ayuda del/la terapeuta por los diferentes estados de cambio.

Fase de Deshabituación

Esta fase tiene por objetivo realizar la **disminución paulatina de la dosis de metadona hasta su suspensión**. Esta fase inicia **al terminar la 4ta. semana y tiene una duración de 6 semanas aproximadamente**, en la cual se realizará el esquema de reducción personalizado, según sea la gravedad del caso. Se sugiere una reducción de 10 mg de metadona por semana hasta la suspensión absoluta; así como también de manera alternada iniciar con las actividades psicoterapéuticas y psicoeducativas. Esta etapa se caracteriza por ser dinámica y se realizarán tratamientos farmacológicos adjuntos que permitan una mejor disminución de la dosis de la metadona, con la ayuda conjunta de antidepresivos, neuromoduladores o ansiolíticos de acuerdo con cada caso.

En el caso de patología dual, en particular con los trastornos psicóticos, se debe considerar que la metadona tiene un efecto antipsicótico que puede enmascarar la sintomatología. La presencia de esta patología se asocia a mayor incumplimiento terapéutico, mayor número de ingresos hospitalarios y también mayor incidencia de discinesia tardía (Batel, 2000; Laudet y cols., 2000, Sepulveda, 2018). El mantenimiento con metadona sería el tratamiento de elección en estos/as pacientes por su ya mencionado efecto antipsicótico (Ochoa, 2001) y no se recomienda iniciar un proceso de deshabituación de metadona.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

La disminución lenta de metadona supervisada médicamente y con fármacos complementarios reduce claramente los síntomas de retirada. Se ha comparado la retirada de metadona con otros opiáceos: metadil acetato y propoxifeno siendo los resultados muy similares; sin embargo en pacientes que ya cuentan con manejo de metadona se producen menos síntomas de abstinencia. El uso de agonistas adrenérgicos (clonidina, lofexidina, guanfacina) puede ser considerado, no se han demostrado diferencias sustanciales frente a la retirada lenta de metadona en términos de retención, confort y éxito. Sin embargo, en algunos estudios se refleja mayor intensidad de los síntomas cuando se utilizan los fármacos alfa adrenérgicos. (Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en evidencia científica, 2016).

Durante el proceso de deshabituación es recomendable realizar la valoración de la severidad de los posibles síntomas en el síndrome de abstinencia a opiáceos para lo cual, existen diversos instrumentos como lo son:

- Escala de Abstinencia a Opiáceos (Opiate Withdrawal Scale-OWS).
- Escala Breve de Abstinencia a Opiáceos (Short Opiate Withdrawal ScaleSOWS) (Gossop, 1990, 1995).
- Escala de observación del síndrome de abstinencia a opiáceos (Opioid Withdrawal Síndrome Chart-OWSC) (Wistaria Centre, 1993).
- Escala de Gold para valoración del síndrome de abstinencia a opiáceos (Gold y cols., 1984).
Ningún instrumento de evaluación puede sustituir a una adecuada anamnesis y exploración a la hora de realizar el diagnóstico, pero su utilidad como exploración complementaria o su uso con fines diversos (epidemiológicos, investigación, clínica etc.) está fuera de toda duda.

La intensidad y la gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida. El tiempo que transcurre para que disminuya casi la totalidad de la sintomatología, varía de acuerdo con la sustancia y las características personales del consumo.

De tal manera que se pueden utilizar tratamiento farmacológicos alternos que coadyuven a disminuir la sintomatología física y no le impida detener su programa objetivo.

Fármacos Adyuvantes durante la etapa de deshabituación:

- a) **Ansiolíticos:** Alprazolam, Clonazepam, Diazepam.
- b) **Antidepresivos:** Duloxetina, Fluoxetina, Mirtazapina, Paroxetina.
- c) **Neurolépticos:** Levomepromazina, Olanzapina, Risperidona.
- d) **Antiepilépticos:** Gabapentina, Oxcarbazepina, Topiramato, Valproato de Magnesio.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

Actividades terapéuticas durante la Fase de Deshabituación

El tratamiento farmacológico trata de prolongar la abstinencia y la estabilidad emocional (impulsividad, ansiedad, etc.) que pudiera revertir su proceso, es decir la presencia de una recaída. En esta etapa es de suma importancia continuar con el aprendizaje de conductas que lo mantengan fuera del consumo de drogas, con estrategias de motivación.

El tratamiento psicoterapéutico 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, las actividades de la comunidad terapéutica deberán ser implementadas con base en la Guía Técnica de la Unidad de Hospitalización y en el Manual de Apoyo a las Actividades de la Comunidad Terapéutica, además es importante que se continúe con la terapia motivacional, ya que los beneficios de utilizar este tipo de intervención dan como resultado que:

- Compromete y mantiene a los/las pacientes en tratamiento.
- Aumenta la participación y el involucramiento.
- Mejora los resultados del tratamiento.
- Promueve la aceptación de ayuda en caso de una recaída.

Además de la terapia motivacional, la prevención de recaídas es un Programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los/las pacientes a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. La prevención de recaídas combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y la reestructuración del estilo de vida. La prevención de recaídas integra técnicas y programas diseñados para dar un máximo apoyo al mantenimiento de la abstinencia por consumo de drogas, siendo los objetivos.

1. Prevenir la recaída, enseñándole a los/las pacientes en proceso de cambio de conductas, a anticipar y enfrentar los conflictos específicos y situaciones de alto riesgo que pueden causarles una recaída.
2. Intervenir lo más rápido posible una vez que ocurra la recaída.
3. Facilitar los cambios necesarios en el estilo de vida para lograr así una vida en equilibrio.

Este modelo enfatiza la necesidad del individuo de aprender nuevas habilidades cognitivas y conductuales para enfrentar las situaciones de alto riesgo. Sin embargo, las nuevas habilidades no son suficientes por sí solas para mantener la abstinencia, se requiere además de un cambio de estilo de vida, integrando diferentes hábitos como: ejercicio, meditación, técnicas del manejo de estrés, de relajación, reestructuración cognitiva, automonitoreo, etcétera.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

De esta forma la enseñanza de habilidades sociales, deberá ser parte esencial de un Programa diseñado para enseñar y mejorar las habilidades de relación y comunicación. Tener claro los problemas sociales que presenta cada paciente permitirá generar un Programa acorde a las necesidades particulares, además de evaluar el proceso que conlleva su rehabilitación y reinserción social. Durante el proceso de mantenimiento, posiblemente nos plantearemos la derivación del/la paciente a un grupo de terapia. La terapia de grupo es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada y eficaz en un gran número de ámbitos clínicos.

Fase de seguimiento

Finalmente en la tercera fase el/la paciente sin la metadona debe de continuar bajo vigilancia por la posibilidad de reiniciar con síndrome de abstinencia que pueda derivarse con cambios fisiológicos, psicológicos o ambos.

En esta fase continuará el trabajo dentro de la unidad a través de las actividades de la comunidad terapéutica, enfocándose en la Rehabilitación y Reinserción social.

Rehabilitación y Reinserción Social

La rehabilitación es un proceso de recuperación de los aspectos de comportamiento individuales de la sociedad. La reinserción es una progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita al/la paciente llevar una vida responsable y autónoma, sin dependencia de drogas.

En la práctica clínica, la etapa de Rehabilitación se orienta hacia el proceso de cambio consolidándose en la rehabilitación, la cual fortalecerá la reinserción social, de tal forma que durante esta etapa de reajuste el seguimiento médico sigue siendo fundamental, al igual que la terapia motivacional y el entrenamiento en habilidades sociales a través de la prevención de recaídas, lo que lleva a una reducción de daños previniendo complicaciones futuras al mismo tiempo que mejora las condiciones de vida y finalmente, haciéndose indispensable para el/la paciente esta nueva concepción de vida, como un renacer hacia un futuro con mayores expectativas de logros.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

A continuación se resumen las tres fases del Programa de Deshabituación con Metadona:

Fases	Tratamiento farmacológico	Dosis	Objetivo
I. Estabilización	Dosis de inducción	10-30 mg	Eliminar los síntomas de abstinencia.
	(duración de 1 a 2 semanas)	+/- 5- 20 mg (cada 24 a 72h)	Establecer la dosis adecuada (la que produce los efectos deseados)
	Dosis de mantenimiento (inicia en la 3ra. semana y termina en la 4ta. semana)	80 a 120 mg <50mg/día ó >100mg /día	Mantener los efectos deseados (saturación estable de los receptores opiáceos) Preparar al/la paciente para iniciar la fase de deshabituación. Dependerá de la patología dual/comorbilidad asociada o condición fisiológica como embarazo.
II. Deshabituación	Esquema de reducción (duración 6 semanas)	Disminución de 10 mg por semana.	Alejarse del consumo definitivo de opiáceos. Eliminar el riesgo combinado de heroína- metadona. Suspender la metadona.
III. Seguimiento	Continuar sin el apoyo farmacológico a base de metadona por 2 semanas	Ninguna solo fármacos adyuvantes	Mantenimiento de la abstinencia sin el uso de ningún sustituto de opiáceos.

Egreso

En concordancia con los criterios del Programa Residencial, se dará el alta cuando el funcionamiento general del/la paciente lo permita, salvo las excepciones dadas por la propia trayectoria de la recuperación del trastorno por consumo de opiáceos y otras sustancias de consumo simultáneo.

Previo al egreso se realizará la evaluación del Programa, a fin de establecer sugerencias y recomendaciones que deberá seguir el/la paciente para evitar recaídas, una vez concluido el Programa, y conforme a lo establecido en la Guía Técnica de la Unidad de Hospitalización.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

El seguimiento, como extensión de los servicios terapéuticos tendrá como fin verificar los alcances terapéuticos a largo plazo. Se planteará 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. El seguimiento se apoyará con otros servicios de asistencia familiar que podrá ser en la misma Unidad o en su caso, referir al/la paciente a otros servicios o institución.

La fase de seguimiento abarcará un lapso de 12 meses a partir de la fecha de alta. En esta fase se realizará el monitoreo de las dosis de metadona especificadas al otorgar el alta cuando sea el caso, debe ponderarse la inclusión de los/las pacientes al proyecto de Nueva Red.

Reducción de Daños

La reducción de daños, se propone a medianos de la década de los ochentas, como una estrategia complementaria a los Programas terapéuticos que buscan la abstinencia del/la paciente, su desarrollo simultáneo permite diversificar y enriquecer la asistencia terapéutica. Esta 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. El desarrollo y generalización de las estrategias de reducción de daños han permitido una mejoría en la salud de la población que consume heroína o cualquier otra droga inyectada, especialmente en el descenso de la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas (Hepatitis B y C, VIH/SIDA), esto permite desarrollar una red asistencial adaptada a los diferentes tipos de consumidores de drogas, del curso o fase de su enfermedad y circunstancias psicosociales.

Una de las estrategias con mayor grado de evidencia, es el intercambio de jeringas y agujas, éste tiene como base el principio de salud, el cual consiste en eliminar el medio por el cual se transmite la infección de una persona a otra, reduciendo la diseminación de enfermedades (de transmisión sexual, TB, etc.), lo que repercute favorablemente en la disminución de costos al sistema de salud y a la sociedad misma, un beneficio adicional a éste tipo de estrategias es servir como puente para el tratamiento de las adicciones y el que haga factible la referencia a otros servicios, donde se realizan pruebas de detección de estas enfermedades, o proveen de apoyo psicológico, cuidado médico general y detección de otros padecimientos.

En conclusión la reducción de daños tiene objetivos distintos de los Programas regulares y están dirigidos a poblaciones, en los que por el momento de su enfermedad o circunstancias psicosociales es imposible plantear otros tratamientos.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

BIBLIOGRAFÍA

- Albiach, C. M.C. 2033. El proceso de cambio en la adicción a la heroína: Un análisis a través de metodologías cualitativas. Universidad de Valencia.
- Baxter Sr, L. E., Campbell, A., DeShields, M., Levounis, P., Martin, J. A., McNicholas, L., & Wilford, B. B. (2013). Safe methadone induction and stabilization: report of an expert panel. Journal of addiction medicine, 7(6), 377-386.
- Carreño Rendueles, J. Eduardo (2004) Las drogodependencias en Atención Primaria. Unidad 4. Opiáceos Asturias, Gijón.
- Colom, Joan. (2009) Tratamiento de mantenimiento con metadona: Manual de práctica clínica. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Edita: Subdirección General de Drogodependencias. Barcelona, España.
- Fernández, M. J.J., Pereiro, G.C. (2007). Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Junta Directiva de Socidrogalcohol. Valencia.
- Franco, R.M. (2008). Protocolo de Metadona. Departamento de Asistencia. Madrid. Publicado en: http://www.esecarisma.gov.co/www/images/download/protocolo_metadona.pdf
- Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Publicado en: <http://es.scribd.com/doc/42373126/856-GUIA-PRACTICA-CLINICA>
- Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., Weiss, R., Saxon, A., Carroll, K. M. & Hatch-Maillette, M. (2016). Long-term outcomes after randomization to buprenorphine/naloxone versus methadone in a multi-site trial. Addiction, 111(4), 695-705.
- Hunt, N. y cols. (2003) Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revisión global. Informe 4, Ed. The Beckley Foundation. London.
- Kreek MJ. Rationale for maintenance pharmacotherapy of opioid dependence. In O'Brien CP& Jaffe JH (Eds) Addictive states. New York: Raven Press; 1992. p. 205-230.
- Kreek, M. J., Borg, L., Ducat, E., & Ray, B. (2010). Pharmacotherapy in the treatment of addiction: methadone. In Women, Children, and Addiction (pp. 96-112). Routledge.
- La declaración completa del panel de expertos se puede obtener llamando al 1-888-NIH-CONSENSUS (1-888-644-2667) o visitando el sitio Web del Programa de Desarrollo de Consensos del NIH en la dirección <http://consensus.nih.gov>.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

- Ling W, Rawson RA. American Opiate Substitution Treatment Programs: from methadone to LAAM and buprenorphine. En: Rihs-Middel, editor. Swis Federal Office of Public health. The Medical Prescriptions of Narcotics. Scientific Foundations and Practical Experiences. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers; 1997.
- Luiza, B. D., Ciobanu, A. M., Vasile, R. D., Vlasceanu, A. M., Nedelescu, M., & Stan, M. (2018). Methadone Treatment for Heroin Dependence. In Drug Addiction. IntechOpen.
- Martín Franco, R. (2008) Protocolo de Metadona. Departamento de Asistencia. Instituto de Adicciones. Madrid, España.
- Martín, R, (2015) Metadona Instituto de Adicciones. España Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocolosSanitariosAdicciones2015.pdf>
- Martínez Delgado, M. y cols. (2005) Guía de práctica Clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos. Consejo para la Igualdad y el bienestar social. II Plan andaluz sobre drogas y adicciones. Junta de Andalucía.
- MSD. Malley. Toxicidad y abstinencia de opioides, 2020.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane database of systematic reviews, (2).
- National Institute on drug abuse (2018) Medicamentos para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Reporte de Investigación.
- Noguera, M. (2022) Guía de manejo clínico ambulatorio de pacientes con trastornos por consumo de opioides a través del programa de mantenimiento con metadona. Recuperado de: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/comunicaciones/2022/Guia_Metadona_Nari%C3%B1o.pdf
- Nosyk, B., Guh, D. P., Sun, H., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., & Anis, A. H. (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. Drug and alcohol dependence, 118(2-3), 259-264.
- Fischer, G., Gombas, W., Eder, H., Jagsch, R., Peterzell, A., Stuhlinger, G., & Kasper, S. (1999). Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. Addiction, 94(9), 1337-1347.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Luxemburgo.



- Organización de las Naciones Unidas (2022) "El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 destaca las tendencias del cannabis posteriores a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes" <https://www.unodc.org/ropan/es/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2022-destaca-las-tendencias-del-cannabis-posteriores-a-su-legalizacin--el-impacto-ambiental-de-las-drogas-ilcitas-y-el-consumo-de-drogas-entre-las-mujeres-y-las-personas-jvenes.html>
- Pereiro Gomez, C. (2009) Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Plan Nacional sobre Drogas, Gobierno de España. SOCIDROGALCOHOL (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías) España.
- Romero, M. (2018) Guía para el uso de metadona. Secretaria de Salud México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/441106/Gu_a_metadona_reimpresi_n_2018.pdf
- Santos-de Pascual, A. et al. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. Anales de Psicología. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.3.399291>
- Sepulveda. G.M. (2018). Tratamiento de patología dual: Depresión y Trastorno por consumo de sustancias. Psiquiatría y salud mental. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005048/15-tratamiento-patologia-dual-depresion-y-ttto-x-consumo-susta_aXU77ST.pdf
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., & Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. Drug and alcohol dependence, 125(3), 215-222.
- Sun, H. M., Li, X. Y., Chow, E. P., Li, T., Xian, Y., Lu, Y. H., & Zhang, L. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. BMJ open, 5 (1), e005997.
- Tassin, J.P. (2009) La investigación neurobiológica sobre las drogas: implicaciones éticas y políticas. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Verster, A. y Buning, E. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Publicado en: <http://www.easp.es/pepsa/estudios+y+documentos/manual+de+metadona.htm>
- Vidal Casero, Ma. Carmen (2002) Deshabituación de opiáceos (I) Facultad de Farmacia. Universidad de Valencia. Revista Toxicología, Vol. 21 Núm. 1 Enero <http://www.doymafarma.com>. Valencia, España.



GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

- Villa, E. (2015) Metadona. Evolución del programa de deshabituación. Recuperado de: [https://eprints.ucm.es/id/eprint/48922/1/ELENA%20VILLA%20RUIZ%20\(1\).pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/48922/1/ELENA%20VILLA%20RUIZ%20(1).pdf)
- Villar, J. (2019). Programas de reducción de daños en la drogodependencia. Recuperado de: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2_AE_programaRD.pdf
- Volkow, N. (2005) La Heroína: Abuso y Adicción. Serie de Reportes de Investigación. U.S. Department of Health and Human Services. Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. NIDA U.S.A.
- World Drug Report (2020) (United Nations Publication, Sales No. E.20.XI.6).
- World Drug Report (2022), United Nations Publication <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- World Health Organization (2007). WHO Model List of Essential Medicines. Geneva, Switzerland, World Health Organization. Available from URL: <http://www.who.int/medicines>.
- World Health Organization (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opiod dependence. WHO Library-Cataloguing- in-Publication Data. Geneva, Switzerland.



PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	MATERIALES Y/O ANEXOS
Médico/a	1. Recibe al interesado/a, pudiéndose presentar 2 casos: 1.1 Que el interesado/a sea referido/a de consulta externa, UH, Sector Salud o de otra Institución, en éste caso, realiza la admisión por referencia. Continúa en el punto no. 2. 1.2 Que el interesado/a acuda personalmente a solicitar información, en este caso, le comenta acerca del Programa de Mantenimiento y Deshabituación con Metadona (PMDM), pudiéndose presentar dos casos: 1.2.1 Que el interesado/a decida en ese momento no ingresar al Programa, en este caso, termina procedimiento. 1.2.2 Que el interesado/a decida ingresar al Programa, en este caso, continua el procedimiento. PROCESO DE ADMISIÓN 2. Realiza la valoración inicial llenando el formato <i>Evolución de Pacientes bajo Tratamiento con Metadona</i> (8821-14), pudiéndose presentar 2 casos: 2.1 Que el/la paciente reúna los criterios para poder integrarse en el Programa de Mantenimiento y Deshabituación con Metadona (PMDM), en este caso, continua en el punto no.3. 2.2 Que el/la paciente no reúna los criterios, por lo que se derivará a otra modalidad de atención: consulta externa, hospitalización o centro de día y termina procedimiento. 3. Aplica el combo de pruebas de diagnóstico (prueba rápida de detección de drogas en orina, de VIH, hepatitis, embarazo, función pulmonar y monóxido de carbono), según la evaluación realizada, antes de dar inicio al tratamiento y determinar la dosificación de clorhidrato de metadona.	Referencia/ Contrarreferencia Evolución de Pacientes Bajo Tratamiento



RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	MATERIALES Y/O ANEXOS
Trabajo Social	4. Fija el costo de la dosis de metadona según lo establecido en el Manual para la Fijación de Cuotas de Recuperación en Centros de Integración Juvenil, Unidades de Hospitalización y Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína.	Manual para la Fijación de Cuotas de Recuperación
	5. Requisita la <i>Hoja de Exención de Responsabilidades</i> con los datos personales y entrega al/la paciente junto con el Reglamento para firma del/la mismo/a.	Hoja de Exención Responsabilidades y Reglamento
	6. Explica que se le tomará una fotografía al inicio del Programa, misma que lo identificará cada vez que se presente por la dosis de metadona y le entrega el <i>Aviso de Privacidad</i> para su firma.	Aviso de Privacidad
Paciente	7. Recibe los documentos, los lee en su caso y firma aceptando los compromisos terapéuticos que conforman el Programa y devuelve a Trabajo Social. Paga el costo fijado.	
Trabajo Social	8. Recibe los documentos, revisa que estén firmados y archiva en el Expediente del/la paciente.	Expediente
Médico/a	9. Lleva a cabo la valoración clínica a través de la <i>Historia Clínica</i> (8819-01), para identificar embarazo, enfermedades orgánicas y trastornos psiquiátricos concomitantes, y formula el diagnóstico médico.	Historia Clínica
	10. Integra toda la información contenida en la evaluación, para determinar el Plan de Tratamiento.	Plan de Tratamiento
Psicología	11. Realiza la evaluación psicológica, registrando el formato <i>Evaluación Clínica Psicológica</i> (8821-36) y determina el tipo de intervención que realizará.	Entrevista Clínica Psicológica
	Nota: En caso de que en la UTHU no se cuente con personal de Psicología, se realizará una interconsulta a una UH o CIJ.	

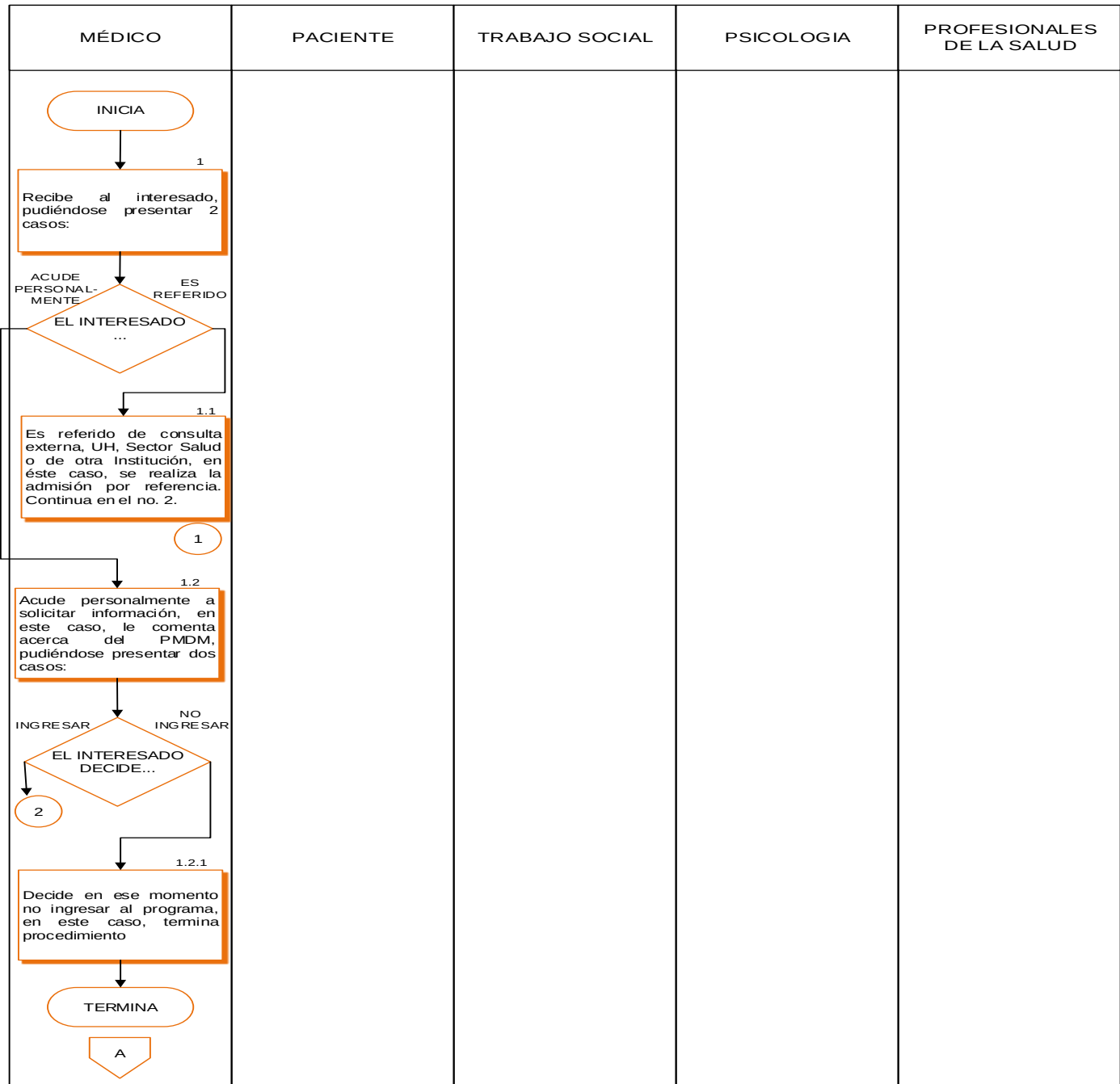


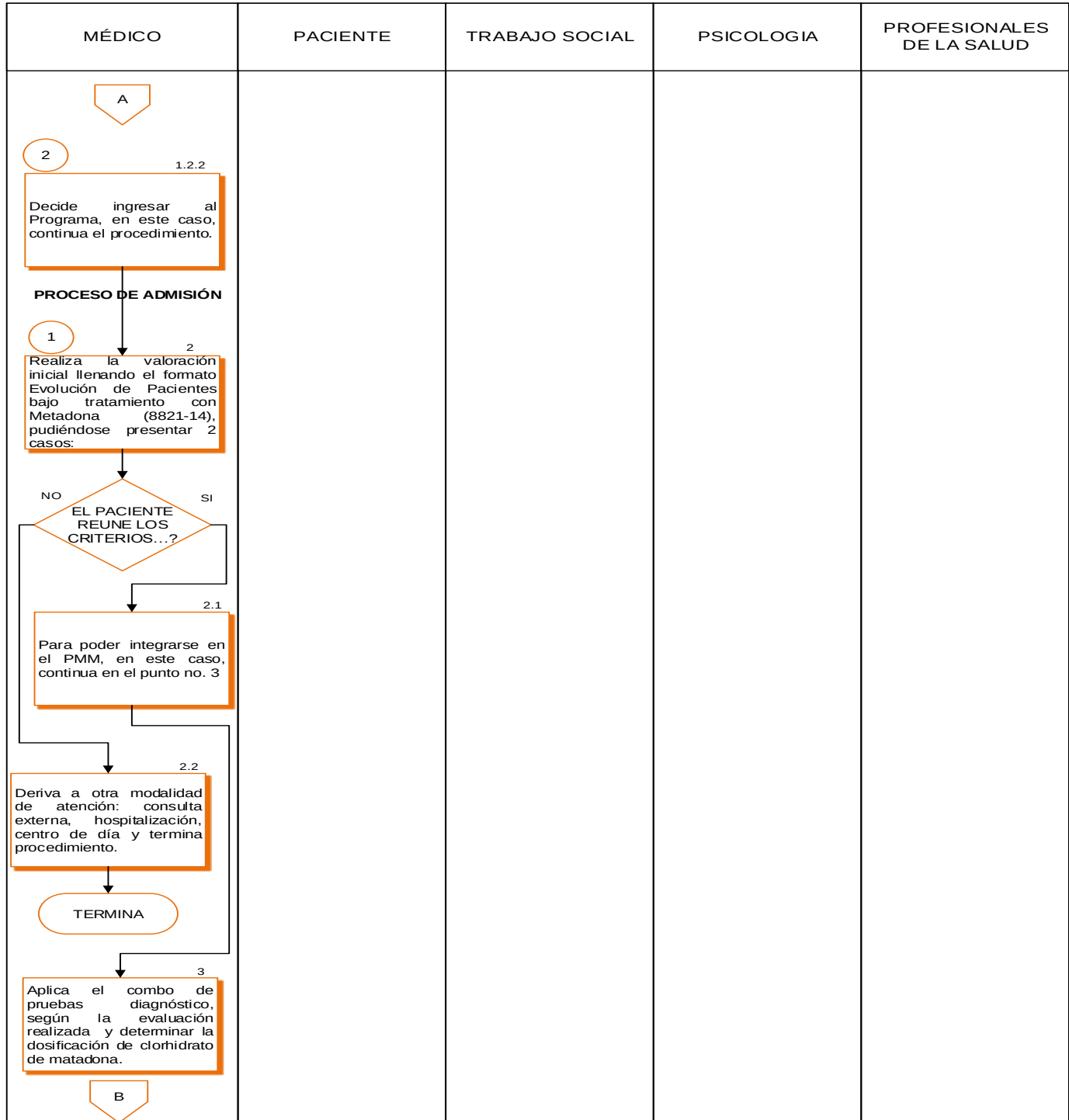
GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)	
CLAVE DEL DOCUMENTO	GT-UTUH/PMDM-A3
VIGENCIA	AGOSTO 2024 A AGOSTO 2026

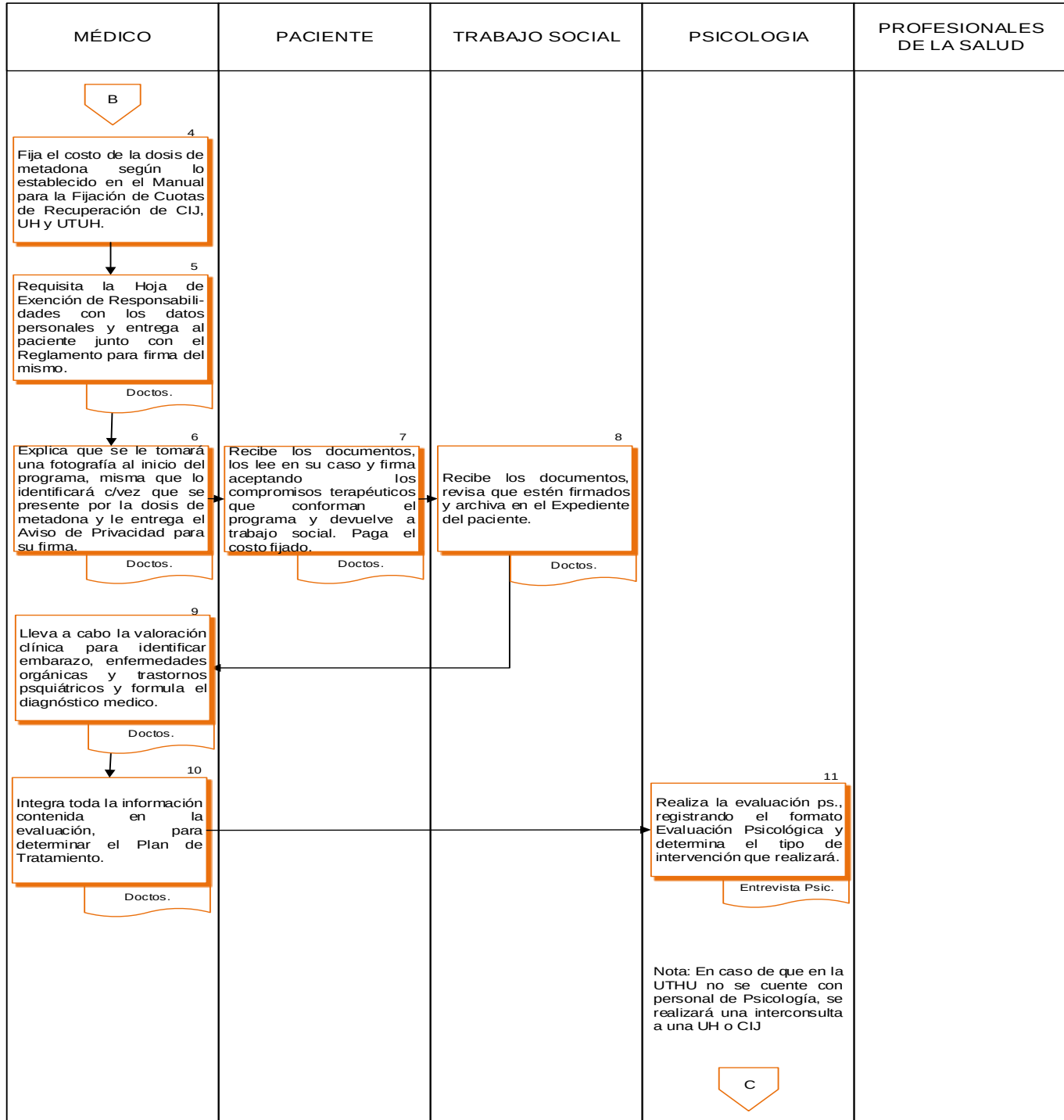
RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	MATERIALES Y/O ANEXOS
Trabajo Social	12. Determina el Plan de tratamiento psicológico, lleva a cabo las estrategias motivacionales de forma paralela al tratamiento médico.	Estudio Socioeconómico
	13. Realiza el <i>Estudio Socioeconómico</i> para investigar los problemas psicosociales, definir el diagnóstico social y formular el Plan de Tratamiento a seguir.	
	DURANTE EL TRATAMIENTO CON CLORHIDRATO DE METADONA	
Profesionales de la Salud	14. Realiza el seguimiento médico al ajuste de dosis de clorhidrato de metadona.	
	15. Establece las sesiones motivacionales y de terapia grupal al/la paciente de acuerdo al Programa, con la finalidad de proporcionar una atención integral.	
	16. Registra la información, resultado de las intervenciones en los formatos clínicos, que integra el Expediente Clínico por cada perfil profesional.	
	17. Analiza las condiciones de finalización de la medicación, para delimitar los logros alcanzados y continuar con seguimiento.	
	18. Otorga el alta al/la paciente, en concordancia con los criterios de egreso establecidos del Programa de Mantenimiento y Deshabituación con Metadona (PMDM).	
Paciente	19. Asiste diariamente por su dosis de clorhidrato de metadona y a las sesiones motivacionales de terapia grupal y familiar.	
	20. En caso de que se requiera, asiste con la familia durante todo el proceso de atención.	
	21. Termina procedimiento.	



DIAGRAMA DE FLUJO









GUÍA TÉCNICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO Y
DESHABITUACIÓN CON METADONA (PMDM)

CLAVE DEL DOCUMENTO

GT-UTUH/PMDM-A3

VIGENCIA

AGOSTO 2024 A
AGOSTO 2026

