

Análisis cualitativo de la percepción del tratamiento con buprenorfina sublingual para la retirada del tratamiento con metadona

I. BILBAO ACEDOS, Ó. LOZANO ROJAS, R. BALLESTA GÓMEZ Y F. GONZÁLEZ-SAIZ

Fundación Pública para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS). Sevilla. España.

RESUMEN. *Objetivo.* Diversos autores han puesto de relieve la importancia de incorporar a los estudios sobre tratamiento en drogodependencias indicadores que tomen en cuenta la percepción del paciente hacia el tratamiento y su satisfacción con el mismo. La percepción sobre el tratamiento influye sobre su aceptabilidad y, por lo tanto, sobre el seguimiento y la adherencia, modulando así su efectividad. El objetivo de este estudio es conocer la percepción y la satisfacción de los pacientes que participan en un estudio piloto de tratamiento con buprenorfina en comunidades terapéuticas y en un centro ambulatorio.

Material y métodos. El estudio se ha desarrollado con una metodología cualitativa. Los participantes en el estudio han sido 18 pacientes que recibieron tratamiento en régimen residencial y ambulatorio, a los que se les realizó una entrevista semiestructurada. El análisis de los resultados se ha realizado a través del método de comparación constante, propuesto por la Teoría Fundamentada.

Resultados. Los resultados obtenidos reflejan que los pacientes perciben una mayor comodidad en la retirada del tratamiento con buprenorfina, en comparación con la de metadona. Además, los pacientes perciben que el tratamiento con buprenorfina es más fácil de adaptar a la vida cotidiana, a lo que

contribuiría una posible dispensación en farmacias. Igualmente, relatan que el estigma percibido asociado a este fármaco es menor en comparación con lo que representa estar en tratamiento con metadona.

Conclusiones. Los participantes consideran que estas características y el menor efecto euforizante y sedante facilitan su proceso de incorporación social.

PALABRAS CLAVE: satisfacción de pacientes, percepción del tratamiento, buprenorfina, teoría fundamentada, desintoxicación de metadona.

Qualitative analysis of patient perception of tapering off methadone treatment with sublingual buprenorphine

ABSTRACT. *Objective.* Various authors have emphasized the importance of including treatment indicators that take into account patient perception of the treatment and his satisfaction with it in studies on drug addiction. Perception of the treatment influences its acceptability and therefore, whether it is followed and adhered to, thus modulating its effectiveness. The purpose of this study is to find out patient perception and satisfaction with a pilot buprenorphine treatment study in therapeutic communities and one outpatient centre.

Material and methods. The study was carried out with a qualitative methodology. The participants in the study were 18 patients that received treatment in therapeutic communities and one outpatient centre who were given a semi-structured interview. Results were analysed using the Constant Comparison Method, proposed by the Grounded Theory.

Correspondencia:

I. BILBAO ACEDOS.
Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social (FADAIS).
Conjunto Residencial Las Góndolas.
Local 10, Portal C, Manzana 4 (Sevilla Este).
41020 Sevilla. España.
Correo electrónico: izaskun.bilbao@juntadeandalucia.es

Recibido: 27-7-2009.

Aceptado para su publicación: 9-9-2009.

Results. The results obtained show that the patients perceive they are more comfortable during withdrawal treatment with buprenorphine than with methadone. The patients further perceive that the buprenorphine treatment is easier to adapt to their daily lives, to which the possibility of dispensing it in pharmacies would contribute. They also say that the stigma associated with this pharmaceutical is less than with methadone.

Conclusions. Patients think these characteristics and the absence of opioid effects facilitates the process of their incorporation in society.

KEY WORDS: satisfaction of patients, treatment perception, buprenorphine, Grounded Theory, tapering-off methadone.

Introducción

La aplicación de resultados de salud centrados en el paciente tiene cada vez mayor presencia en la investigación asistencial. Acercarse a la perspectiva del paciente representa una importante oportunidad para mejorar la provisión de cuidados, ya que aporta una información de gran interés para la evaluación y mejora de los mismos¹. La satisfacción y percepción del tratamiento son indicadores complementarios a los tradicionalmente empleados en los estudios de calidad y efectividad de la atención sanitaria.

Se ha enfatizado a menudo sobre la importancia de incluir indicadores, en los estudios sobre evaluación de programas, que tomen en cuenta la percepción del paciente en relación con el tratamiento y su satisfacción con el mismo^{2,4}. La percepción del tratamiento influye en la aceptabilidad del mismo para el paciente y, por lo tanto, en el seguimiento, adherencia y retención en tratamiento⁵. De esta manera, la percepción del tratamiento constituye un factor que modula la efectividad del mismo. Si bien no puede establecerse una relación entre la efectividad y la satisfacción con un tratamiento⁶, conocer la percepción de los pacientes es una oportunidad para favorecer su efectividad⁷.

Otros autores⁸ abogan por prestar más atención a los aspectos de proceso en los estudios de efectividad del tratamiento. En este sentido, las técnicas cualitativas pueden resultar un instrumento idóneo para recoger la experiencia directa de los pacientes del proceso de tratamiento^{9,10}. La generación de datos a través de técnicas abiertas de consulta permite acercarse al punto de vista del usuario, sin un instrumento previo que moldee las respuestas. Estas técnicas están dirigidas a conocer la

construcción de las dimensiones que constituyen la perspectiva del usuario, así como la atribución de significados por parte del paciente hacia el programa de tratamiento.

En el ámbito de las drogodependencias existen todavía pocos trabajos que se acerquen a la perspectiva de los usuarios sobre los programas de tratamiento. Diversos estudios realizados a través de cuestionarios se han centrado en conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios recibidos¹¹⁻¹³. En el abordaje cualitativo destaca el estudio elaborado por Connors y Franklin¹⁴ sobre la satisfacción de mujeres en tratamiento por alcohol y drogas con el servicio recibido. Centrándonos en la percepción del tratamiento con sustitutivos opiáceos encontramos dos trabajos realizados por medio de metodología cualitativa. Por un lado, el que Koester et al¹⁵ llevaron a cabo, en Denver, sobre la percepción del tratamiento con metadona entre usuarios del mismo con consumo activo de heroína por vía parenteral y, por otro, el de Hunt y Rosenbaum¹⁶ que analiza la perspectiva de los pacientes en tratamiento con metadona en San Francisco. No se han encontrado trabajos publicados sobre la perspectiva de los usuarios en programa de tratamiento con buprenorfina.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción del paciente con indicación de retirada del tratamiento con metadona con apoyo farmacológico de buprenorfina sublingual, en comunidades terapéuticas y en un centro público de tratamiento ambulatorio.

Material y métodos

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en tres comunidades terapéuticas y en un centro de tratamiento ambulatorio en Andalucía (España); se desarrolló en el contexto de un estudio más amplio con diseño pre-post sin grupo control sobre la efectividad del tratamiento con buprenorfina para la retirada del tratamiento con metadona¹⁷. Los pacientes en el estudio tenían una dosis diaria máxima de 80 mg de metadona (dosis que debía reducirse hasta un máximo de 40 antes de iniciar la inducción con buprenorfina) y fueron informados sobre este tratamiento, explicándoles que tenían la posibilidad de participar en el estudio de retirada del tratamiento con metadona por medio de uno con buprenorfina. Sesenta y tres pacientes aceptaron tomar parte en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Este estudio se llevó a cabo conforme a los requisitos contenidos en la Declaración de Helsinki (1964) y sus

posteriores modificaciones (Edimburgo, 2000) y siguiendo las recomendaciones de Buena Práctica Clínica (BPC) de la ICH y la normativa española vigente (Real Decreto 561/1993 y Circular 15/2001). El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité Autonómico de Ensayos Clínicos de Andalucía.

Selección de los participantes

Los entrevistados en este estudio fueron reclutados a través de muestreo teórico entre los 63 pacientes en tratamiento con buprenorfina en los 4 centros que ofrecían esta intervención. El objetivo principal del muestreo teórico es alcanzar la saturación teórica sobre el objeto de estudio, en el momento en que no emerge nueva información relevante para definir las categorías que constituyen la teoría¹⁸⁻²⁰. Este tipo de muestreo se basa en descubrir las incidencias de un determinado constructo teórico en diversos contextos, más que en obtener una muestra representativa. Siguiendo este criterio se entrevistó a 18 pacientes que habían participado en un estudio piloto con buprenorfina para la retirada del tratamiento con metadona durante al menos un mes. Se pretendió también seleccionar pacientes con características diversas que pudieran influir sobre su experiencia de tratamiento con buprenorfina (sexo, tipo de recurso donde realizan el tratamiento, consumo de opiáceos en los 6 meses anteriores a la inducción de tratamiento con buprenorfina, incidencias en el proceso de inducción a buprenorfina y estado serológico frente al virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]).

Un miembro del equipo de investigación preguntó a los pacientes que participaban en el estudio con buprenorfina si consentirían realizar una entrevista suplementaria sobre su nuevo tratamiento; todos los pacientes preguntados aceptaron participar.

Procedimiento

Para la recogida de los datos se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada. La entrevista se realizó cuando los pacientes llevaban al menos un mes en tratamiento con buprenorfina (la duración máxima del mismo para cada paciente era de tres meses). Por medio del guión de entrevista se recabó información sobre realización de tratamientos previos, consumo de drogas y tratamiento piloto con buprenorfina (información recibida, motivación, creencias, expectativas, actitudes, adaptación a la sustancia, efectos secundarios, pauta de dispensación, percepción del efecto del nuevo tratamiento en su estilo de vida, etc.). El entrevistador tenía libertad para profundizar en otros aspectos que emergieran du-

rante la entrevista e ir más allá del guión de la misma. Con el permiso de las personas entrevistadas, cada conversación fue grabada. Las entrevistas fueron conducidas por una socióloga con amplia experiencia en técnicas cualitativas de investigación en drogodependencias. La duración de las mismas fue aproximadamente de dos horas. Dado que la investigación cualitativa formaba parte de un estudio piloto con el fármaco, no se ofrecieron incentivos para la participación.

Análisis de datos e interpretación

Las entrevistas fueron íntegramente grabadas y transcritas para su posterior análisis, por medio de la Teoría Fundamentada¹⁸⁻²⁰. Este análisis incluye un proceso de codificación a través del cual los datos son fragmentados, conceptualizados e integrados para formar un marco teórico sobre cómo los pacientes perciben e interpretan su tratamiento. Después de cada entrevista los analistas revisaron la transcripción y codificaron con etiquetas conceptuales los fragmentos del relato de los pacientes. Por ejemplo, la descripción de un paciente sobre su salud relacionada con el tratamiento fue etiquetada como “posibles efectos secundarios”. Después, utilizando el Método de Comparación Constante, el material registrado dentro de cada transcripción y entre las diversas entrevistas fue comparado, de modo que los conceptos relacionados pudieran clasificarse en categorías. Por ejemplo, efectos físicos secundarios, calidad del sueño y percepción de los efectos psicoactivos fueron clasificados como *valor salud*. En esta fase, el análisis se ha apoyado en el programa informático de análisis de datos textuales NUDIST-NVIVO. El desarrollo de relaciones conceptuales continúa hasta que el marco teórico está integrado y delimitado y todas las categorías encajan con la principal categoría analítica de nuestros datos. Cuando no emerge más información nueva o relevante para las categorías conceptuales definidas y las relaciones entre categorías han quedado definidas se considera que se ha alcanzado la saturación teórica de los datos.

La definición de categorías de análisis, la codificación del material y los resultados se han triangulado entre tres analistas especializados en análisis cualitativo.

Resultados

Los pacientes entrevistados presentan una media de edad de 40,1 años (desviación típica [dt] 5,3) y han realizado, como media, 2,1 tratamientos previos con metadona (dt 1,4). El tiempo medio que llevaban en el

último tratamiento con metadona, antes de la inducción con buprenorfina, es de 41,3 meses (dt 21,7). Todos ellos entraron en el estudio piloto con buprenorfina para llevar a cabo la retirada de su tratamiento con metadona de manera voluntaria.

La principal razón de los pacientes para participar era conseguir dejar el tratamiento con metadona. Habían estado en tratamiento durante años y se sentían cansados de él. Su idea de estar completamente curados consistía en vivir sin ningún tipo de apoyo farmacológico. Además, albergaban grandes expectativas en buprenorfina, porque habían sido informados por sus médicos de que este fármaco facilitaría la retirada y esperaban no sentir apenas síntomas de abstinencia.

El marco teórico de la percepción del paciente sobre el tratamiento con sustitutivos opiáceos, que emerge a través del análisis de la Teoría Fundamentada, consta de 5 dimensiones: en primer lugar el *valor salud*, esto es, los efectos que el tratamiento tiene o puede llegar a tener sobre su salud física y psicológica; la *adaptación a su vida cotidiana*, que hace referencia a cómo el programa de tratamiento que sigue el paciente afecta a otros aspectos de su vida (laboral, familiar, de ocio, etc.) y al grado de exigencia que requiere su seguimiento; el *estigma*, como elemento presente sobre las personas vinculadas al tratamiento; la *retirada del tratamiento*, referida especialmente al grado de dificultad para lograr prescindir del tratamiento; y finalmente, la *eficacia percibida del tratamiento*, es decir, la percepción de si el tratamiento les ayuda a alcanzar los objetivos que se han fijado.

Valor salud y tratamiento farmacológico

Los efectos secundarios y secuelas del tratamiento son un motivo de preocupación para los pacientes entrevistados. Esta preocupación se manifiesta en dos sentidos: por un lado, en relación con las molestias y complicaciones de los efectos secundarios detectados con el tratamiento y, por otro lado, en el miedo hacia posibles efectos secundarios no detectados o hacia secuelas del tratamiento en un futuro.

Se detectaron dos perspectivas diferentes en torno al valor salud. Por un lado, la mayor parte de los pacientes, después de años de tratamiento con metadona, se quejan de los efectos secundarios y temen posibles secuelas futuras. Estas son importantes razones para ellos para intentar dejar el tratamiento con metadona.

Estos pacientes, en general, describen al mes de tratamiento con buprenorfina una notable mejoría, o incluso la desaparición de algunos de los efectos que venían notando en su tratamiento con metadona, tales como

estreñimiento, náuseas y vómitos, junto con un aumento de su apetito y la reaparición del deseo sexual.

“Yo la mejoría la he notado en todo, ni sudo, ni me levanto tantas veces a orinar, no necesito beber tanta agua (...) me siento mucho mejor, pero en todos los aspectos, cien por cien”.

Algunos de ellos dicen que este tipo de molestias no han remitido completamente, o al menos, ellos sienten todavía algunos de los efectos secundarios al comienzo del nuevo tratamiento.

Los pacientes describen despertarse mejor por la mañana. El prolongado efecto de buprenorfina hace que se despierten sin síndrome de abstinencia ni molestias. Además señalan sentirse más activos durante el día.

“Que antes me levantaba ‘todo fatal’, ahora me levanto... ahora me levanto bien, como si no estuviera tomando nada y antes no, antes me levantaba todo hecho polvo, me dolía todo, me dolía el estómago (...) hasta que me tomaba la metadona”.

Para estos pacientes el inicio del tratamiento con buprenorfina ha supuesto un “despertar”. Refieren sentirse más despiertos, más animados y despejados. Sienten que han recuperado el “ser yo mismo”, ya que no perciben efectos psicoactivos con el nuevo fármaco y consideran que esta sensación les ayuda a sentirse más “normalizados”.

“Vuelvo a ser yo mismo, lo que yo no siento nada como con la metadona; cuando tomaba la metadona, yo sentía cuando me daba a la hora o tres cuartos de hora, ya sentía yo como un picor o algo, empezaba a cerrar los ojos, ahora no siento nada”.

“Yo lo que me veo es más activo y más clara la mente, me deja ser más yo mismo o me deja pensar con más claridad”.

El tratamiento con buprenorfina se percibe como normalizador en múltiples aspectos: sienten que no tiene efectos secundarios físicos ni psíquicos, lo que les permite ofrecer una imagen personal normalizada; al mismo tiempo, sienten que sus capacidades cognitivas han mejorado (se sienten más atentos, con mayor capacidad de comprensión y de memoria) y ello redundando en una percepción de mejoría de su capacidad de interacción con los demás y de sus habilidades sociales.

“Sientes como que estás como antes, estás pendiente de todo, se te quedan cosas; yo soy olvidadizo, pero la mente está más, la mente está despejada... vamos, piensas más las cosas”.

Por otra parte, entre los pacientes que siguen su tratamiento de desintoxicación con buprenorfina en el centro ambulatorio, encontramos algunos que no atribuyen a la metadona efectos perjudiciales para su salud. Se trata de pacientes que presentaban una buena evolución

en su programa de metadona y afirman que se sentían muy satisfechos con el mismo. Estos aceptaron participar en el estudio con buprenorfina para facilitar la retirada del apoyo farmacológico.

“Total, daño no hace la metadona ¿no? Quiero decir, no es un medicamento que digas: mira te está haciendo daño a este órgano, por ejemplo; entonces, si no te hace daño en un órgano determinado, pues, para seguir dos o tres años con el tratamiento este prefiero lo otro, que por lo menos estoy ‘más mejor’, me siento yo mejor”.

Estos pacientes dicen que no encuentran diferencias en los efectos secundarios de ambos fármacos, ya que ellos tampoco notaban ninguno durante su tratamiento con metadona. Señalan que aunque se sienten bien con el tratamiento con buprenorfina y no tienen síntomas de abstinencia, echan en falta el efecto reforzante de la metadona. Describen los efectos euforizantes y evasivos de la metadona como un atributo que alivia la tristeza y los estados depresivos e incluso les hacía sentirse más activos. Consideran que buprenorfina elimina los síntomas de abstinencia a opiáceos adecuadamente, pero no tienen la misma sensación de bienestar que sentían con el anterior tratamiento.

“No sé cómo explicarlo, no me siento llena, con la metadona sí, no es que esté mal ni nada, pero lo mismo no tengo ganas de hacer la cena, no tengo ganas, yo qué sé, a lo mejor tengo que arreglar una ropa y me llevo un tiempo para arreglar la ropa”.

Adaptación a la vida cotidiana

La recogida del fármaco es uno de los aspectos que más influye en la vida cotidiana de los pacientes. Según su experiencia previa en el programa de tratamiento con metadona, la necesidad de recoger regularmente la medicación en un centro de salud, en ocasiones, les plantea dificultades, como la compatibilidad de la recogida con sus horarios y lugares de trabajo.

El contexto de estudio científico en el que se administra la buprenorfina impide que los pacientes tengan una experiencia real de la adaptación del tratamiento a su vida cotidiana, por lo que esta se basa únicamente en especulaciones.

Piensan que la principal diferencia podría estar en la dispensación de buprenorfina en farmacias, porque les resultaría más cómodo, sobre todo de cara a compatibilizar el tratamiento con el trabajo fuera del municipio de residencia.

“Farmacias hay por todas partes; el centro de salud, a lo mejor estás trabajando en... como le ha pasado a mucha gente, incluso a mí, de estar trabajando en un pueblo y coger el autobús y perder tres horas (...)”.

La dispensación en farmacias podría suponer para ellos un ahorro de tiempo y un aumento importante de su privacidad.

“No tienes que estar esperando la cola, ni te ve nadie, ni se entera nadie de nada, ni nada de nada”.

También hay quien manifiesta preocupación por el posible rechazo por parte de los farmacéuticos, al poder identificarse como un fármaco para “drogodependientes”, es decir, les preocupa la aparición del estigma sobre el nuevo tratamiento.

Algún paciente se muestra preocupado, porque piensa que esta forma de dispensación podría facilitar la introducción de buprenorfina en el mercado negro, por lo que creen que sería necesario controlar en gran medida el perfil de paciente autorizado para la recogida en la farmacia.

Otros creen que, por sus características, no sería una sustancia de abuso bien recibida por los consumidores, ya que no sería adecuada para combinarla con el consumo de otros opiáceos, lo que limitaría su introducción en el mercado negro.

“Si la metadona la quiere la gente para ponerse a gusto y para venderla y todo eso, esto [buprenorfina] no lo puedes vender ni le puedes hacer nada, porque la vendes y te coges un monazo que no veas, no vale”.

Otra característica del nuevo fármaco que podría facilitar su incorporación a la vida cotidiana de los pacientes es la posibilidad, bajo prescripción médica, de que la toma se realice en días alternos. Los pacientes que han oído hablar sobre esta opción muestran mucho interés.

Tratamiento farmacológico y estigma

En las entrevistas se detecta una construcción endógena del estigma del programa de tratamiento. El estigma no sólo se genera desde las personas ajenas al programa y al mundo de la droga, sino que existe una falsa imagen estereotipada del programa, creada por los propios pacientes adscritos al programa.

Los pacientes entrevistados muestran una percepción estigmatizada del tratamiento con metadona debido a la presencia de consumidores en activo dentro del programa. Desde su punto de vista estos consumidores representan un vínculo entre el programa de tratamiento y el estilo de vida de la calle. Les disgusta ser identificados con consumidores en activo y no les agrada compartir su espacio terapéutico y su tiempo con ellos, ya que sienten que ese espacio y tiempo compartidos funcionan como una última conexión con el mundo de la droga.

Dada la escasa implantación de los tratamientos con buprenorfina en nuestro país^{21,22}, en este momento los pacientes no perciben ningún vínculo entre buprenorfina y consumo de sustancias.

Por otro lado, dado el efecto agonista parcial de este fármaco, en la percepción elaborada por los pacientes buprenorfina no queda vinculada a atributos identificados con “droga”. Es decir, al tratarse de una sustancia no vinculada al mercado ilegal y al no sentirse “colocados”, los pacientes la perciben como una sustancia ajena al mundo de la droga, y como tal menos estigmatizada por el propio grupo de usuarios del programa de tratamiento. Buprenorfina se identifica más con la imagen de “medicamento”, no con la de “droga” (entendida esta como sustancia psicoactiva utilizada con fines no terapéuticos).

“Esta medicación es como si no, te deja igual, te deja como eres y ya está, que es que, que no te está dando placer ni nada parecido, nada de nada, es como el que se está tomando una pastilla efervescente, igual, te la tomas, sabes que te va a relajar ese dolor de cabeza o de garganta y punto y ya está”.

Hay pacientes que describen su experiencia como una vuelta a las sensaciones anteriores a la adicción a opiáceos; en este sentido, identifican buprenorfina con un tratamiento “reparador”, es decir, le atribuyen la capacidad de restablecer la situación anterior al problema que generó la demanda de tratamiento. Describen la sensación producida por buprenorfina como la más similar que han tenido desde hace años a no tomar nada.

“Con la metadona siempre estás como más adormecido, con esta te levantas como antes. –¿Antes cuándo? – Antes de drogarme. –¿Antes de empezar con la heroína y con todo? – Sí. Más yo mismo, como si no estuviese consumiendo, como las veces que he estado sin consumir”.

Los pacientes en estudio perciben además un menor potencial de adicción en buprenorfina, ya descrito por otros estudios^{22,23}. El efecto prolongado de buprenorfina contribuye a crear la sensación de ausencia de dependencia al fármaco, sienten que no lo necesitan cuando se levantan por la mañana. Esta percepción, en ocasiones, refuerza su creencia de que la retirada de buprenorfina apenas producirá síndrome de abstinencia.

En su construcción de lo que significa el éxito en su tratamiento, estos pacientes consideran que “curarse” es volver a la situación previa a la adicción de no dependencia de ninguna sustancia, lo que, en su percepción, incluye también la no dependencia a un fármaco. La dependencia al fármaco la viven como una última vincu-

lación simbólica con la droga. Su objetivo es poder prescindir de un tratamiento para su adicción; este sería, para ellos, el indicador de total “normalidad”.

“No quiero depender (...) es como la metadona, lo que pasa que la metadona te pone y esto no, pero tú lo necesitas, tú te levantas y si no lo tienes lo echas de menos y yo no quiero depender de nada”.

Otro aspecto que podría reducir la estigmatización de los pacientes en tratamiento, en opinión de estos informantes, sería la dispensación en farmacia, ya que se evitaría la identificación de los pacientes en tratamiento y por lo tanto su etiquetado como “drogodependientes”.

Retirada del tratamiento

Los informantes entrevistados manifiestan un alto interés por la fase de retirada del fármaco. La aparición del síndrome de abstinencia tras la retirada de buprenorfina es una preocupación que emerge constantemente en el discurso de los pacientes. Por sus experiencias anteriores temen padecer el síndrome.

“Pero bueno, miedo le tengo también a la buprenorfina (...). A mí el mono, el síndrome, me da pánico, tengo bastante pánico”.

Antes de entrar a formar parte del estudio, los pacientes fueron informados sobre buprenorfina en una entrevista con el médico de su centro de tratamiento. A partir de la información que recuerdan haber recibido, los entrevistados creen que no van a sufrir prácticamente los síntomas de la abstinencia a buprenorfina o que estos van a ser muy leves. Algunos tienen experiencias de olvido de alguna toma de buprenorfina durante horas y no han sentido síntomas, lo que les hace pensar que en el momento en que les retiren el fármaco no lo sentirán. Solamente uno de los pacientes entrevistados había sido desintoxicado antes de la entrevista y describe haber experimentado los mismos síntomas del síndrome de abstinencia a opiáceos, pero en un grado notablemente más leve que el provocado tras la retirada de metadona y de heroína.

“Es igual que el mono de la heroína, pero yo le quitaría unos diez grados menos, un poco más suave que el de la heroína. Un poquito más suave que la heroína, pero el mismo –¿Y la metadona? – La metadona es la hostia. El de la metadona no tiene nada que ver. Como el de la heroína, pero un poquito menos”.

Este aspecto del tratamiento –su mayor o menor facilidad para retirarlo – cobra especial relevancia para el grupo de pacientes entrevistados, ya que tienen un gran interés por dejar el tratamiento sustitutivo y, por sus experiencias previas, temen el momento de la retirada.

Eficacia percibida

La percepción de los pacientes sobre la efectividad del tratamiento se basa en su capacidad para alcanzar los objetivos que se han fijado. Además, la efectividad percibida es una buena medida de resultado del resto de las dimensiones analizadas.

El objetivo principal de estos pacientes es la retirada del tratamiento farmacológico y, por tanto, la retirada cómoda de buprenorfina es un elemento básico en la percepción de su efectividad. Como se vio en el apartado anterior, sus expectativas sobre la fase de retirada son positivas, puesto que parten de la premisa de que la buprenorfina facilitará dejar el tratamiento farmacológico.

Además, todos coinciden en admitir la capacidad de buprenorfina para eliminar los síntomas de abstinencia a opiáceos con la misma efectividad que la metadona.

“Si te digo la verdad, cuando empecé a tomar el Subutex estaba tan confuso que digo: bah, esto como si me fueran a engañar, cómo me voy a creer que esto es como la metadona ni nada de nada; pero sí (...)”

Los pacientes participantes en el estudio han tenido una experiencia de algo más de un mes con el nuevo fármaco. Esta experiencia, que va más allá de la estricta desintoxicación, afecta a su percepción de la efectividad de buprenorfina como tratamiento de mantenimiento. Sobre este punto hay diferentes opiniones. Por un lado, la mayor parte de los pacientes entrevistados refiere que si en el futuro, después de la retirada del tratamiento, tuvieran que volver a recibir tratamiento farmacológico, preferirían buprenorfina. Estos pacientes atribuyen a buprenorfina una capacidad de “normalización” que valoran en gran medida.

“Si quieres llevar una vida normal con la metadona... pues al tomar metadona es un verano ahí chorreando, es sudor por todas partes, es una vergüenza, te sientas y te quedas dormido, que te cuesta mucho trabajo levantarte y luego cuando la dejas es un síndrome bastante fuerte”.

Hay también un pequeño grupo de pacientes, entrevistados en el centro ambulatorio, que refieren que si se tratara de un tratamiento a largo plazo y no estrictamente dirigido a la retirada del apoyo farmacológico preferirían metadona. Este grupo de pacientes valora en alto grado el efecto reforzante de la metadona y les resulta difícil prescindir de él.

Por lo que se refiere a la intención de recomendar el tratamiento con buprenorfina, los pacientes entrevistados en comunidad terapéutica afirman que lo recomendarían a otras personas. Varios de ellos cuentan que ya lo han recomendado a pacientes que han ingresado después que ellos.

“Yo si alguien viene aquí y no quiere estar con metadona, yo se lo recomiendo que es cien por cien mejor”.

En el centro ambulatorio algunos pacientes señalan que no estarían dispuestos a recomendarlo, ya que piensan que el mejor tratamiento depende de cada paciente.

Discusión

Los pacientes entrevistados han seguido durante años un tratamiento con metadona y desean llevar a cabo la retirada del mismo. En este trabajo buprenorfina ha sido utilizada como un fármaco de transición para la retirada del apoyo farmacológico. Esta aplicación del fármaco es la que evalúan los pacientes entrevistados y este estudio analiza su percepción subjetiva sobre el mismo.

Buprenorfina como fármaco de apoyo a la retirada de metadona ha sido considerado efectivo por todos los pacientes entrevistados, debido a sus expectativas de que este fuese confortable. Las categorías de valor salud, adaptación a la vida cotidiana, estigma y capacidad para evitar el síndrome de abstinencia a opiáceos parecen afectar a su percepción de buprenorfina como un tratamiento de mantenimiento. Los pacientes con una experiencia más positiva de su tratamiento previo con metadona y con una buena evolución en el mismo perciben el cambio de tratamiento como menos ventajoso. Por el contrario, aquellos con más dificultades en el tratamiento con metadona y con problemas para mantener la abstinencia, o con dificultades previas en la retirada de metadona, aceptaron el tratamiento con buprenorfina de manera más positiva.

En relación con el valor salud, algunos autores han detectado cierta aprehensión hacia el programa de tratamiento con metadona, basado en atribuciones de efectos secundarios físicos negativos y en el miedo al “enganche” a esta sustancia^{15,16}. Bell²³ señala que ciertos pacientes se muestran ambivalentes sobre la adscripción a un programa con metadona, e incluso avergonzados como si se tratara de un fracaso. Esto explicaría por qué identifican la efectividad del tratamiento con su capacidad para restaurar la situación previa a la dependencia sin apoyo farmacológico.

En nuestro estudio los pacientes describen sentir menos efectos secundarios con su nuevo tratamiento con buprenorfina y no perciben dependencia a este fármaco, puesto que piensan que podrían retirarlo fácilmente. Esto es importante para su positiva percepción del tratamiento. Describen los efectos de buprenorfina como lo más similar al no consumo, con una notable recuperación de habilidades perceptivas y cognitivas.

La posibilidad de dispensación de buprenorfina en farmacias, en lugar de recoger el fármaco en centros de salud, es valorada como un elemento facilitador de la adaptación del tratamiento a la vida cotidiana de los pacientes²⁴.

Además, en nuestro trabajo, los entrevistados consideran que la dispensación en farmacias favorecería la protección de la identificación de los pacientes, reduciendo su exposición al estigma que recae sobre la dependencia a opiáceos. Otros autores han señalado que la dispensación del tratamiento en clínicas especializadas contribuye a aumentar la estigmatización de los pacientes²⁵.

La presencia de un fármaco de tratamiento en el mercado negro para su tráfico como sustancia de abuso es uno de los factores de estigmatización de un tratamiento, al pasar a integrarse en la imagen social de la ilegalidad y de la drogodependencia. En la actualidad el tratamiento con buprenorfina no se encuentra implantado en España, salvo para uso hospitalario y en ámbitos experimentales, de manera que no ha habido lugar para su introducción en el mercado negro. Pero además, los pacientes consideran que, por sus efectos parcialmente agonistas, no sería una sustancia bien recibida como droga de abuso. Estas condiciones explican que los entrevistados asocien menos la imagen de “droga” a buprenorfina (entendida como sustancia psicoactiva utilizada para fines no terapéuticos), que a la de fármaco, contribuyendo a la percepción de normalización que los pacientes han encontrado en este tratamiento.

La retirada del tratamiento sustitutivo se revela en el discurso de los pacientes como una fase que genera angustia y alta preocupación; los pacientes temen el síndrome de abstinencia. La desintoxicación representa para ellos una dificultad importante. Chapleo y Crossley²², en su revisión de trabajos realizados sobre buprenorfina, referencian un estudio australiano en el que se analizó el proceso de retirada, indicando que la mayoría de los pacientes señalaron picos de síntomas de abstinencia en los dos primeros días de reducción de la dosis con algunos síntomas posteriores de abstinencia después de la última dosis, aunque generalmente poco intensos, sin precisar medicación adicional. Liu et al²⁶ coinciden en indicar que la retirada de buprenorfina produce síntomas similares a los de un agonista opiáceo, pero considerablemente menos intensos. En nuestro estudio solamente uno de los entrevistados había realizado ya la retirada del tratamiento con buprenorfina. Este paciente describe una retirada más cómoda que la de metadona, por la menor intensidad de los síntomas de abstinencia experimentados.

La eficacia percibida del tratamiento que reciben debe ser considerada dentro del contexto de los objetivos que los pacientes esperen conseguir con su tratamiento²⁷. Los usuarios del programa de tratamiento con metadona entrevistados por Koester et al¹⁵ indican como principal motivación para incorporarse al programa controlar su adicción a heroína y reducir o evitar los riesgos inherentes a la adicción; sin embargo, estos entrevistados definieron como éxito último del programa la posibilidad de llevar una vida libre de drogas y libre de metadona (fármaco de tratamiento). Otras definiciones de la eficacia del tratamiento en términos de consecución de objetivos vinculados a la reducción de riesgos asociados a la adicción aparecen como logros relativos en sus discursos, pero no como el objetivo principal. Los pacientes que participaron en el estudio de Koester manifiestan un importante rechazo al “enganche” al fármaco de tratamiento, relacionándolo con la necesidad de elaborar una identidad alejada del estigma que rodea estos tratamientos. Esta preocupación hacia la dependencia al fármaco se observa también entre nuestros informantes, pues es percibida como un último vínculo simbólico con el mundo de la droga.

Desde la concepción descrita por los pacientes sobre el tratamiento con sustitutivos opiáceos, y tratándose de pacientes con indicación de retirada del tratamiento farmacológico, el menor potencial adictivo de buprenorfina²⁸ y su mayor comodidad en la fase de retirada^{29,30} parecen ser acogidos de forma muy positiva.

La satisfacción de los pacientes es sólo una parte más de la evaluación de un tratamiento. De hecho, estos pueden mostrar satisfacción con un programa no efectivo, pero como indican Stahler y Cohen², conocer la perspectiva de los usuarios hacia el programa de tratamiento permite entender lo que les gusta y lo que no del programa, los factores para abandonar un tratamiento y recoger necesidades de mejora e información de los pacientes, lo cual sí puede reducir las reticencias hacia el mismo. Es decir, la percepción y satisfacción de los usuarios con un programa de tratamiento es un intermedio hacia su efectividad. En este sentido, consideramos que este trabajo aporta información relevante para favorecer una implantación efectiva del tratamiento con buprenorfina orientado a la retirada del apoyo farmacológico en pacientes con dependencia a opiáceos. El estudio de la percepción de este fármaco empleado para otro tipo de aplicaciones queda abierto a futuros trabajos.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el Plan Nacional sobre Drogas, a través de su convocatoria pública de ayudas a la investigación. Los autores desean agrade-

cer especialmente la colaboración del equipo médico de las tres comunidades terapéuticas públicas donde se llevó a cabo la investigación (Centro FADAIS Los Palacios, Centro FADAIS Tarifa y Centro FADAIS Cartaya).

Bibliografía

1. Giacomuzzi S, Ertl M, Kemmler G, Riemer Y, Vigl A. Sublingual buprenorphine and methadone maintenance treatment: a three-year follow-up of quality of life assessment. *Scientific World J.* 2005;5:452-68.
2. Stahler GJ, Cohen E. Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. *J Subst Abuse Treat.* 2000;18:1-8.
3. Treolar C, Fraser S, Valentine K. Valuing methadone takeaway doses: the contribution of service-user perspective to policy and practice. *Drug-Educ Prev Polic.* 2007;14(1):61-74.
4. Trujols J, Pérez de los Cobos J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones.* 2005;17 Supl 2:181-204.
5. Rodríguez M, Jiménez-Lerma JM, Iraurgi I, Murua F, Bacigalupe L, Chavarri MR, et al. Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del "Treatment Perception Questionnaire" (TPQ). *Adicciones.* 2002;14(4):1-8.
6. Sanders LM, Trinh C, Sherman BR, Banks SM. Assessment of client satisfaction in a peer counseling substance abuse treatment program for pregnant and postpartum women. *Eval Program Plann.* 1998;21:287-96.
7. Etheridge RM, Craddock SG, Duntzman GH, Hubbard RL. Treatment services in two national studies of community-based drug abuse treatment programs. *J Subst Abuse.* 1995;7:9-26.
8. Simpson DD. A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *J Subst Abuse Treat.* 2004;27(2):99-121.
9. Crawford MJ, Weaver T, Rutter D, Sensky T, Tyrer P. Evaluating new treatments in Psychiatry: the potential value of combining qualitative and quantitative research methods. *Int Rev Psychiatry.* 2002;14:6-11.
10. Pérez de los Cobos J, Trujols J, Valderrama JC, Valero S, Puig T. Patient perspectives on methadone maintenance treatment in the Valencia Region: Dose adjustment, participation in dosage regulation and satisfaction with treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2005;79(3):405-12.
11. Aceña R, Fonseca F, Diez G, Donaire S, Lorés H, Tort L, et al. Estudio del grado de satisfacción en pacientes incluidos en un programa de mantenimiento con metadona: resultados preliminares. *Trastornos Adictivos.* 2003;5:158.
12. Chitwood DD, Comerford M, McCoy HV. Satisfaction with access to health care among injection drug users, other drug users, and nonusers. *J Behav Health Serv Res.* 2002;29(2):189-97.
13. Hser Y, Evans E, Huang D, Anglin DM. Relationship between drug treatment services, retention and outcomes. *Psychiatr Serv.* 2004;55(7):767-74.
14. Connors NA, Franklin KK. Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 2000;18:313-20.
15. Koester S, Anderson K, Hoffer L. Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Subst Use Misuse.* 1999;34:2135-53.
16. Hunt G, Rosenbaum M. "Hustling" within the clinic: Consumer perspectives on methadone maintenance treatment. En: Inciardi JA, Harrison LD, editors. *Heroin in the age of crack-cocaine.* Thousand Oaks CA: Sage; 1998. p. 188-214.
17. González-Saiz F, Ballesta R, Bilbao I, Lozano OM, Gutiérrez J. Methadone-treated patients after switching to buprenorphine in residential therapeutic community: an addiction specific assessment of quality of life. *Heroin Addict Rel Cl.* 2009;11(2):9-20.
18. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2006.
19. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* New York: Aldine; 1968.
20. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Grounded theory, procedures and techniques.* Newbury Park, CA: Sage; 1998.
21. Baño MD. Tratamiento de sustitución con buprenorfina (Subutex): modelo de aplicación de una experiencia piloto en la Comunidad de Madrid. *Trastornos Adictivos.* 2003;5(4):303-8.
22. Chapleo CB, Crossley DI. Terapias de buprenorfina para el tratamiento de la dependencia a opiáceos. *Trastornos Adictivos.* 2003;5(4):320-8.
23. Bell J. Quality improvement for methadone maintenance treatment. *Subst Use Misuse.* 2000;35:1735-56.
24. Markez I, Iraurgi I, Poo M. Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: dispositivos específicos y oficinas de farmacia. *Trastornos Adictivos.* 2002;4(3):171-80.
25. Lenne M, Lintzeris N, Breen C, Harris S, Hawken L, Mettick R, et al. Withdrawal from methadone maintenance treatment: prognosis and participant perspectives. *Public Health.* 2001;25(2):121-5.
26. Liu ZM, Lu XX, Lian Z, Mu Y, Guo P, An X. Evaluation on drug dependence of buprenorphine. *Acta Pharmacol Sin.* 2003;24:448-52.
27. Lilly R, Quirk A, Rhodes T, Stimson RV. Sociality in methadone treatment: understanding methadone treatment and service delivery as a social process. *Drug-Educ Prev Polic.* 2000;7(2):163-78.
28. Auriacombe M, Daulouède JP, Tignol J. Experiencia con buprenorfina en Francia. *Trastornos Adictivos.* 2003;5(4):309-19.
29. Baño MD, López García ML, Guillén Llera JL. De metadona a buprenorfina. La inducción del tratamiento. *Trastornos Adictivos.* 2003;5(4):295-302.
30. García Cabeza A, González Rodríguez A. Uso de buprenorfina en desintoxicación del mantenimiento con metadona. *Trastornos Adictivos.* 2003;5(3):223-8.