

*ESTUDIO CLÍNICO CONTROLADO, COMPARACIÓN  
Y RÉPLICA DE UNA INTERVENCIÓN PARA ABUSADORES  
DE NARCÓTICOS EN DELHI (INDIA)*

JUAN DANIEL GÓMEZ<sup>\*</sup>, DR. PHIL. CAND. Y CHARLES D. KAPLAN<sup>\*\*</sup>, PH.D.

The behaviour which is established in an extreme way, under the control of external agents, can be treated through behavioural-cognitive therapeutic procedures (Rotter, 1954; Ellis, 1962; Bandura, 1969; Kanfer, 1971; Mahoney, 1974; Kanfer and Grimm, 1980; Di Clemente & Prochaska, 1985, among others), being advisable, in some cases, its combination with pharmacotherapeutic coadjuvants (Dorabjee, J., Samson, L., Kaplan, Ch.D., & Wodak, A., 1994). The principle demonstrated by the first authors, is mainly applicable to the treatment for abuse of inhaled, for oral use, and injecting drugs, and the effectiveness of its combination with pharmacotherapeutic technics exclusively, for injecting drug users (IDUs or UsDI in spanish language), pretends to be demonstrated in this present study. The addiction to psychoactive substances can be proposed as a model of conduct which is not only determined by stimulus from the environment, but that is also subjected to the individuals own control. Self-reflection and self determination are qualities of the individual's that can play an important role in the procedures of the behaviour therapy. In this context, the therapeutic concept of behavioural self-control has an important meaning (Feldhege, 1977; Feldhege, 1980). Self-control, self-help, self-regulation, and self-control therapy directed towards clients addicted to drugs, serve for achieving the objective of regulating the drug ingesting behaviour, in such a way that the frequency and intensity of the problematic behaviour may significantly diminish. The study is being applied. It will take advantage of an unpublished model of controlled study<sup>1</sup> that combines three different procedures of self-control in order to treat those who abuse of psychoactive substances (SPAs), and of the reply of a substitutive pharmacotherapeutic procedure for UsDI. They are: a) technics that are based on different sections of the model of work proposed by Kanfer in 1971 (self-observation, self-commitment, self-evaluation, self-reinforcement and self-punishment); b) procedures of covert conditioning; c) methods belonging to the cognitive therapy, conceived on Mahoney's sense; Ulrich & Ulrich's social training (1973); and d) the substitutive therapy procedure for those who abuse of narcotics, by using Dorabjee, Samson, Kaplan & Wodak's 1994 study (see Appendix A). *Key words:* Buprenorphine, behavior cognitive therapy, substitute pharma, pharmacotherapy, rehabilitation before betoxification.

---

<sup>\*</sup> Autor. Proyecto «el bote», apartado aereo No. 52112, sanitate de Bogota D.C.; Universidad Catolica de Colombia, Facultad de Psicologia, apartado aereo No. 029832.

<sup>\*\*</sup> Asesor científico del estudio.

<sup>1</sup> La descripción del programa o modelo psicoterapéutico diseñado y formulado por el autor en el Instituto Max-Planck para Psiquiatria como parte de su disertación doctoral en la Universidad Ludwig-Maximilians de München (Alemania) no se hace en este documento ya que deberá permanecer inédita hasta su aprobación definitiva mediante el otorgamiento del título de doctorado.

Desde hace cerca de tres décadas el consumo de SPAs en Colombia ha adquirido características epidémicas. El país ya no se caracteriza sólo por ser un productor, sino también por ser consumidor de SPAs. Pero esto no es nuevo. De reciente aparición, la producción y consumo de sustancias narcóticas derivadas del látex extraído del capullo de la *papáverum somniferum*, no solo amenaza ser un factor de riesgo para una nueva forma de adicción por disponibilidad, sino factor de riesgo de transmisión del VIH entre los UsDI. Las estadísticas sobre producción de heroína en Colombia no requieren ser documentadas. Acerca del consumo, el estudio nacional realizado por Rodríguez, (1996) reportó 12.566 hombres que habían consumido heroína alguna vez en su vida. De acuerdo con el mismo estudio, "para la morfina se estimaron 54.739 consumidores" cuyo uso se dio con y sin indicación médica.

En Colombia existen diferentes centros de tratamiento para adictos y éstos utilizan diferentes enfoques terapéuticos. Sólo unos pocos utilizan técnicas propias de la terapia de la conducta. Algunos de estos programas, aunque conocen muy bien las técnicas, tienen dudas en cuanto a sus indicaciones en la modificación de conductas de búsqueda y abuso de drogas o no tienen experiencia acerca de cómo combinar adecuadamente las técnicas. En otros casos, concepciones en cierto modo represivas o moralistas, que se fundamentan en creencias según las cuales la causa de las adicciones son los llamados factores de riesgo o conductas indeseadas -más bien asociables a la crisis de la modernidad- han demostrado no tener mucho éxito terapéutico y en muchos casos supo-

nen que la sola exigencia de que el adicto se abstenga de consumir sustancias psicoactivantes hará desaparecer los comportamientos indeseados con él asociados. A éstas y muchas otras razones e inconvenientes que presentan algunos centros de tratamiento para adictos, no siempre atribuibles a los programas conductuales, se deben fenómenos como la frecuente deserción, el cansancio terapéutico, la transhumancia institucional, la frustración de los especialistas y en muchos casos la desesperanza de algunos beneficiarios y sus allegados. El modelo en mención pretende superar tales inconvenientes.

De otra parte, se puede afirmar que virtualmente no existen centros en Colombia dedicados exclusivamente al tratamiento de UsDI. Este es asumido normalmente por médicos particulares de manera más o menos empírica o por los servicios de atención a personas afectadas por el VIH, lo que hace necesaria la realización de estudios clínicos específicos controlados que apoyen su creación. En este documento se presenta un modelo de tratamiento que se comienza a implementar en Colombia con base en experiencias realizadas en otros países en desarrollo, en donde el uso de la farmacoterapia sustitutiva con metadona también es ilegal.

## MÉTODO

Con el objeto de medir el éxito terapéutico de un programa intensivo psico-social científica y sistemáticamente destinado a tratar abusadores de SPAs a partir de las denominadas técnicas de auto-control y con la finalidad de demostrar si éstos son más efectivos en la prevención

y modificación de comportamientos indeseados asociados al abuso de narcóticos inyectados cuando se los complementa con una farmacoterapia sustitutiva que cuando se las administra solas, y para contrastar las filosofías de «desintoxicación antes que rehabilitación» y «Rehabilitación antes que desintoxicación», personas no pertene-

cientes al equipo terapéutico realizarán mediciones al comienzo, durante y después de la intervención. Las mismas personas u otras no pertenecientes al equipo terapéutico realizarán mediciones una vez finalizado el tratamiento, cada tres meses durante un año y cada año durante los cinco años siguientes.

<i>Grupo aleatorizado No. 1</i>	<i>Observación 1</i>	<i>Tratamiento 1</i>	<i>Observación 2</i>
<i>Grupo aleatorizado No. 2</i>	<i>Observación 3</i>	<i>Tratamiento 2</i>	<i>Observación 4</i>
<i>Grupo aleatorizado No. 3</i>	<i>Observación 5</i>	<i>Tratamiento 3</i>	<i>Observación 6</i>
<i>Grupo aleatorizado No. 4a y 4b</i>	<i>Observación 7</i>	<i>Tratamiento 4</i>	<i>Observación 8</i>
<i>Grupo aleatorizado No. 5a y 5b</i>	<i>Observación 9</i>	<i>Tratamiento 5</i>	<i>Observación 10<sup>2</sup></i>

donde:

*Grupo = Ver mas adelante Sujetos*

*Observación = Ver más adelante Análisis de datos*

*Tratamiento 1 = Farmacoterapia sustitutiva con buprenorfina*

*Tratamiento 2 = Farmacoterapia sustitutiva antes que el modelo psicoterapéutico*

*Tratamiento 3 = Farmacoterapia sustitutiva después del modelo psicoterapéutico*

*Tratamiento 4a = Modelo psicoterapéutico antes que abstinencia para UsDI*

*Tratamiento 4b = Modelo psicoterapéutico antes que abstinencia para no-UsDI*

*Tratamiento 5a = Modelo psicoterapéutico después que abstinencia para UsDI*

*Tratamiento 5b = Modelo psicoterapéutico después que abstinencia para no-UsDI*

#### *Unidades de análisis*

a) Nivel socio-económico, datos de relevancia clínica, consumo de drogas, así como datos acerca de otras áreas del comportamiento; b) datos de identificación y descripción de situaciones específicas generales e idiosincráticas que tras la valoración subjetiva de clientes y terapeutas están asociadas con el consumo de drogas o con una posible recaída y con

base en métodos generalmente conocidos, tales como procedimientos de auto-observación, valoración de la efectividad de las propias medidas asumidas por el cliente (self-efficacy Ratings), análisis formal de la biografía, así como análisis de los intentos de desintoxicación hasta el momento y de las recaídas; c) datos valorativos de la habilidad para la resolución de problemas (Coping Skills), es decir, la habilidad del cliente para reaccionar adecuadamente en situaciones críticas; d) datos descriptivos del transcurso de la terapia mediante el registro de los progresos comportamentales en áreas determinadas del comportamiento definidas en el modelo propuesto (Skill Training); e)

<sup>2</sup> Las Observaciones planeadas para después de finalizar los tratamientos serán 45 (5 observaciones en cuatro ocasiones el primer año = 20 observaciones; 5 observaciones cada año durante los cinco años siguientes = 25 observaciones. Total: 20 observaciones el primer año + 25 observaciones los cinco años siguientes = 45 observaciones).

datos relativos a los cambios en las áreas de comportamiento definidas en el modelo durante el periodo de seguimiento propuesto.

### *Sujetos*

Se seleccionarán consumidores de sustancias psicoactivantes «duras»<sup>3</sup> y opiáceos u opioides por vía oral e inyectada o fumadores de heroína, hombres y mujeres mayores de edad, VIH-prevalentes o en alto riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión por inyecciones que demanden ayuda al programa para suspender un consumo frecuente comprobado de heroína u otros narcóticos no menor a seis meses, que presenten sintomatología por privación y que evidencien mediante su asistencia y cumplimiento del contrato terapéutico una motivación para mantener la abstinencia, ya sea en el modelo de desintoxicación antes que la rehabilitación, ya en el modelo de rehabilitación antes que la desintoxicación.

### *Instrumentos*

Se utilizarán en el marco de un *Contrato terapéutico*<sup>4</sup>:

1. Anamnesis formal. Es un cuestionario propuesto en el modelo que resume variables de persona, tiempo y lugar (edad, género, nivel socio-económico, formación y escolaridad, historia del desarrollo y del desarrollo del consumo

de drogas, así como otros datos clínicamente relevantes).

2. Listas de chequeo y formularios de control de éxito terapéutico en las áreas del comportamiento propuestas en el modelo de auto-control para las categorías consumo de drogas, tiempo libre, estudio, trabajo u ocupación, conducta social, organización personal y del entorno, resolución de problemas personales y toma de decisiones, así como otras categorías de comportamientos-objetivo tales como p. ej., conducta sexual;

3. Formatos de auto-observación propuestos en el modelo para el análisis del comportamiento de búsqueda y consumo de drogas: el cliente es entrenado para registrar con precisión el tiempo de iniciación de la conducta de consumo de drogas, las situaciones y ambiente físico en el que se presenta, las condiciones desencadenantes externas e internas, la cantidad de SPA consumida, las consecuencias externas e internas del consumo y el tiempo en el que finaliza la conducta de búsqueda y consumo de SPAs;

4. Test SCQ (Situational Confidence Questionnaire, Annis, 1982), cuestionario que resume factores intra e interindividuales (Self-Efficacy Ratings). Este cuestionario provee los datos para establecer factores internos como p. ej., estados emocionales negativos, estados corporales negativos, estados emocionales positivos y examen del autocontrol; datos para establecer factores determinantes en la interacción social, como p. ej., conflictos interpersonales, presión social y estados emocionales positivos;

5. Test SCT (Situational Competency Test, Chaney et. al., 1978), el cual contiene 16 situaciones diferentes discriminadas

<sup>3</sup> Aquellas que producen dependencia psíquica y física (síndrome de abstinencia) o sustancias que provocan toxicomanía.

<sup>4</sup> El contrato incluye términos de referencia relativos a puntualidad en citas y actividades, comunicación abierta con el terapeuta, disposición para controles y realización de tareas.

en cuatro tipos de situación crítica: frustración e ira; intentos de interacción social; estados emocionales negativos; intentos de cambio personal;

6. Inventario de asertividad de Rathus (1973). Este cuestionario evalúa la capacidad del cliente para resolver problemas y para reaccionar efectivamente en situaciones críticas. Los anteriores instrumentos se aplicarán para el control del éxito terapéutico y de los procedimientos para el control de recaídas (Skill training).

7. Video-grabaciones para el análisis de juegos de roles

8. Un formato para el control por parte de los terapeutas de señales frescas de agujas en el cuerpo de los clientes.

#### *Análisis de datos*

Para el análisis de datos se utilizarán los siguientes procedimientos estadísticos: a) frecuencias relativas y absolutas, porcentajes, medias, desviaciones estándar (para cada grupo de comparación); b) comparación de pre-pruebas entre sí mediante correlación del tipo «t» (Observación 1, Observación 3, Observación 5, observación 7 y observación 9), c) comparación de post-pruebas entre sí mediante «t» (Observación 2, Observación 4, Observación 6, Observación 8 y Observación 10); d) puntaje-ganancia intra-grupo mediante «t» (Observación 1 Vs. Observación 2, Observación 3 Vs. Observación 4, Observación 5 Vs. Observación 6, Observación 7 Vs. Observación 8 y Observación 9 Vs. Observación 10); y e) puntaje-ganancia inter-grupos mediante el análisis de varianza ANOVA para un nivel de medición intervalar, y para un nivel de medición nominal la prueba *chi* cuadrada.

#### *Breve descripción del programa*

Este modelo de tratamiento ofrece terapia individual ambulatoria para polítoxicómanos abusadores de sustancias «duras» de uso oral, inhalables e inyectables. Ya que el comportamiento de consumo ha sido adquirido en el contexto de la situación de vida de los adictos, es en este contexto en el que se lo pretende modificar. Normalmente se realizan dos psicoterapias individuales por semana y el tratamiento dura de nueve a doce meses. El tratamiento se divide en una etapa de orientación y en tres de rehabilitación. Al finalizar la etapa de orientación, los grupos aleatorizados 1, 2, 5a y 5b deberán estar completamente abstinentes de sustancias psicoactivantes. Los otros grupos deberán estar abstinentes para la última etapa de rehabilitación, en la cual no se deben asociar logros terapéuticos y consumo de SPAs. Finalizada la tercera etapa, todos los sujetos sometidos a farmacoterapia sustitutiva deberán estar completamente abstinentes de la sustancia reemplazante.

En la etapa de orientación se realiza el contacto con el cliente, se le presenta y describe el programa, se planean los objetivos y reglas del tratamiento y se construye una motivación para la terapia. Los objetivos individuales de tratamiento se especifican con precisión en las diferentes sub-etapas de la rehabilitación. Para alcanzar dichos objetivos específicos se asumen diferentes medidas terapéuticas y de autocontrol conductual, las cuales se aplican solas o en determinada combinación. Estas son sometidas a controles de ejecución con base en unos criterios para considerar que se han alcanzado los objetivos terapéuticos. En caso de no ser

alcanzados dichos objetivos, se señalan unos criterios para retomar las medidas terapéuticas, hasta que se cumplan los criterios para «dar de alta» al cliente.

#### *Recaída*

Se considera que un cliente ha recaído cuando ha consumido SPAs «duras», así como del «Index» individual<sup>5</sup>, regularmente y durante un periodo de tiempo prolongado (varios días, semanas). En los casos en que el cliente consuma relativamente pequeñas cantidades de SPAs «duras» o sustancias del «Index» individual de manera irregular, por relativamente cortos periodos de tiempo, la situación se considera como indicación para retomar las respectivas medidas terapéuticas.

#### *Mantenimiento de la abstinencia*

Se considera que un cliente está manteniendo la abstinencia de SPAs «duras» y del «Index» individual, así como de la sustancia sustitutiva o reemplazante, cuando no hay ningún tipo de consumo de tales sustancias después de un largo periodo de vida, al que denominamos libre de drogas (en todo caso superior a seis meses después de haber sido dado de alta).

## RESULTADOS

La evaluación de esta propuesta se realizará periódicamente mediante la publicación de informes de avance y un reporte definitivo en medios disponibles a la comunidad científica y académica.

<sup>5</sup>. Otras sustancias fuertemente asociadas con la conducta de búsqueda y consumo del SPA que genera toxicomanía.

## REFERENCIAS

- Anis, H.M. (1981). <<Situational Confidence Questionnaire>>. Copyright Addiction Research Foundation of Ontario.
- Bandura, A. (1969). <<Principles of behavior modification>>. Rinehart & Winston, NY.
- DiClemente, C.C. & Prochaska, J.O. (1985). <<Processes and stages of change>>. en: Shiffman, S. & Wills, T.A. (Eds.), *Coping and Substance abuse*. N.Y.:Academic Press.
- Ellis, A. (1962). <<Reason and emotion in psychotherapy>>. Lyle Stuart, N.Y.
- Feldhege, E.-J. (1980). <<Selbstkontrolle bei rauschmittelabhängigen Klienten>>. Eine praktische Einleitung für Therapeuten. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.
- Kanfer, F.H. & Grimm, L. (1980). <<Managing clinical changes>>. A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419-444.
- Kanfer, F.H. (1971). <<The maintenance of behavior bei self-generated stimuli and reinforcement>>. En: Jakobs, A. & Sachs, L.B. (eds.): *Psychology of private events*. N.Y.
- Mahoney, M.J. (1974). <<Cognition and Behavior modification>>. Ballinger Pub., CO., Cambridge (Mass).
- Rathus, S.A. (1973). <<A thirty-item Schedule for Assessing Assertive Behavior>>. *Behaviour Therapy*, 4, 398-406.
- Rodríguez, E., (1996). <<Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia>>. Bogotá, Colombia.
- Rotter, J.B. (1954). <<Social learning and clinical psychology>>. Engelwood Cliffs: Prentice-Hall.
- Ulrich De Muynck, R. & Ulrich, R. (1973). <<Standardisierung des selbstsicherheitstrainings für Gruppen>>. En: Brengelman, J.C. & Tunner, W. (Eds.). *Behavior therapy - Verhaltenstherapie*. München, Urban & Schwartzberg.
- Ulrich De Muynck, R. & Ulrich, R. (1973). <<Standardisierung des selbstsicherheitstrainings für Gruppen>>. En: Brengelman, J.C. & Tunner, W. (Eds.). *Behavior therapy - Verhaltenstherapie*. München, Urban & Schwartzberg.

APÉNDICE A<sup>6</sup>

*INTERVENCIÓN CON BUPRENORFINA PARA  
ABUSADORES DE NARCÓTICOS EN DELHI (INDIA)*

JIMMY DORABJEE, LUKE SAMSON<sup>7</sup>, CHARLES D. KAPLAN<sup>8</sup>, PH.D.,  
ALEX WODAK<sup>9</sup>, M.D., F.R.A.C.P.

Buprenorphine is one of the available substitute pharmacotherapies for opioid addiction. We report the results of an oral substitution programme utilising 2 mgs of sublingual buprenorphine among 23 male injecting drug users (IDUs) and 30 male heroin smokers from Delhi slum areas. Buprenorphine was the drug preferred by all IDUs prior to treatment. No adverse effects were reported or observed. Eleven subjects were unavailable at 12 month follow up including 3 who were in prison. Forty nine (92%) of subjects reported general benefits to health and improved family relationships, while 46 (87%) reported negligible physical and mental discomfort during the transition to oral Buprenorphine. We conclude that sublingual buprenorphine substitution programme are feasible and acceptable to specific opiate dependent subpopulations in urban slums and are encouraging for drug abuse and HIV control. Further evaluation of buprenorphine and other innovative and low-cost pharmacological and behavioural substitution programmes that target IDUs in developing countries should be stimulated.

Los programas de sustitución con metadona han demostrado ser efectivos en países desarrollados y han tenido una larga experiencia en el este asiático (Westermeyer, J. & Soudaly, C., 1984). No obstante, hoy día en Asia los programas de sustitución tienen una presencia limitada y solo existen en Hog Kong y Tailandia. Un programa piloto de metadona fue recientemente iniciado en Lalitpur, Nepal.

En la India, se han opuesto la justicia y ministerios de salud a los programas sustitutivos con metadona y son actualmente ilegales. Además, es difícil justificarlos debido a la escasez de recursos financieros para los servicios de salud. El alto costo de la importación de metadona y las políticas restrictivas de la prescripción médica han hecho esta terapia impracticable. Para satisfacer la necesidad de una terapia sustitutiva basada en una medicación económica y efectiva ha aparecido recientemente en la India la experimentación con buprenorfina. Se argumenta que dicha sustancia provee una alternativa práctica a la metadona por diversas razones. Es manufacturada por más de un laboratorio farmacéutico y es poco costosa (en 1996 US\$ 0.50 por 2 mgs, en compara-

<sup>6</sup> Traducción del original en inglés por Juan Daniel Gómez R., Dr.Phil.Cand.

<sup>7</sup> SHARAN, T-3 Green Park (Main), New Delhi 110016, India.

<sup>8</sup> International Institute for Psycho-social and Socio-ecological Research, University of Limburg, Postbus, 6221 BD Maastricht, The Netherlands.

<sup>9</sup> St. Vicent's Hospital Sydney Limited, Rankin Court, 366 Victoria Street, Darlingshurst, Sydney NSW 2010, Australia.

ción en un monto cercano a los US\$10.00 por día para el hábito ilícito a la heroína).

El clorhidrato de buprenorfina es un analgésico altamente efectivo con una larga acción de duración y es aproximadamente 40 veces más potente que la morfina (Conran, A., Lewis, J.W., & McFarlane, I.R., 1977). La buprenorfina es farmacológicamente antagonista de los opioides parciales y agonista diferenciado de los opioides totales metadona agonistas. Esta propiedad farmacológica ha sido reconocida por tener aplicaciones clínicas específicas. La efectividad de la buprenorfina en el tratamiento de la narcodependencia está todavía bajo investigación. Estudios experimentales han concluido que la buprenorfina está indicada como estrategia de tratamiento para ciertas formas de dependencia de los opioides (Bickel, W.K., Stitzer, M.L., Liebson, J.A., Jasinski, D.R., & Johnson, R.E., 1988; Reisinger, M., 1985), que posee bajo riesgo de dependencia física y sintomatología de abstinencia y un margen de seguridad de sobredosis. Personas con baja cronicidad, baja resistencia al tratamiento de la dependencia de heroína, se pueden beneficiar mejor de la buprenorfina que de los agonistas de los opioides totales (Ling, W., Rawson, R.A., & Compton, M.A., 1994; Hasinski, D.R., Pevnick, J.S. & Griffith, J.D., 1978). Hay nuevos y alentadores signos en los USA que apuntan a la aceptación de la buprenorfina como herramienta terapéutica para el tratamiento de ciertas formas específicas de abuso de opioides (Bowersox, J.A., 1995).

En este documento reportamos sobre el uso de la buprenorfina en un programa de intervención realizado en zonas deprimidas de Nueva Delhi, India. La interven-

ción se ha basado en la filosofía de tratamiento de «rehabilitación antes que desintoxicación» que ha surgido en años recientes en la región del sudeste asiático (Kaplan, C.D., Morival, M. & Bieleman, B., 1993). El principal objetivo del programa fue reducir el perjuicio de los narcóticos inyectados y fumados mediante la administración oral supervisada de buprenorfina como sustituto. La intervención apuntó primeramente a modificar el alto riesgo de adquisición del virus de inmunodeficiencia humana y conductas (VIH)-conexas y no a la desintoxicación o abstinencia.

#### *Contexto clínico y epidemiológico*

La intervención fue diseñada para responder a necesidades específicas presentadas en el contexto de los servicios clínicos y epidemiológicos ubicados en zonas deprimidas de Delhi. La adquisición del VIH a consecuencia del uso de drogas inyectadas se ha expandido rápidamente en sudeste asiático en la última década. Por ejemplo, en los estados nororientales de la India, en el límite de Myanmar, se han reportado alarmantes índices de seroprevalencia del VIH entre UsDI (73% en Manipur en 1992): Sarkar, S., Das, N., Panda, S., Naik, T.N., Sarkar, K., Singh, B. C., Ralte, J. M., & Tripathy, S.P., 1993). El uso de drogas inyectadas se ha incrementado dramáticamente en Delhi, Calcuta, Madras Bombay y Bangalore. Una estimación conservadora del número de UsDI en esas cinco ciudades se acercaba a un total de 75.000 en solo 1993. El total actual puede ser muchas veces mayor como lo evidencia una reciente investigación del Consejo de Medicina de la India, que calcula el

número de UsDI en Calcuta solamente sobre 50.000 (Panda, S., 1993). Más recientemente el uso de drogas inyectadas ha sido reportado en pequeñas ciudades de la India como Amritsar y Goa.

En Delhi, en los últimos 4 años, una epidemia localizada del uso de drogas inyectadas ha sido observado principalmente entre los pobladores de los cordones de miseria. Los habitantes pobres han empezado a cambiarse, de la comparativamente extendida práctica de fumar heroína, a la inyección de analgésicos farmacéuticos baratos como la buprenorfina, frecuentemente combinada con otros fármacos. Si bien hay una pequeña investigación sistemática de campo en Delhi, aparentemente la distribución de agujas es absolutamente común. Tenemos video-grabaciones y notas de campo que pueden documentar esas conductas de uso de drogas de alto riesgo. El VIH parece que se expande más rápidamente entre los UsDI de bajo estatus social que entre otras subpoblaciones. Muchos de esos UsDI comparten sus agujas y jeringas con 5 o más personas. Una conciencia de los peligros de compartir dichos elementos no existe. Esta situación da origen a temer una epidemia incontrolada de VIH, fenómeno relativamente nuevo en esta región.

En contraste con el perfil occidental de condición característicamente desempleada y vivienda aparte de la familia de origen, los abusadores de narcóticos de la India comparten muchas de las características de muestras asiáticas reportadas en la literatura. Específicamente, ellos tienden a ser cabezas de familia y/o proveedores de alimentos en sus familias. Esta función y estatus social específico tiende a mantener a los UsDI estrecha-

mente integrados a la familia pese a sus problemas de abuso de drogas. A causa de ello la mayoría de abusadores de narcóticos de la India no están motivados, dispuestos o no son apropiados para ingresar a un servicio de tratamiento residencial a largo plazo. Además, no hay virtualmente ningún programa en la India específicamente diseñado para habitantes pobres abusadores de narcóticos en el contexto de las áreas deprimidas. El retorno de abusadores de narcóticos tratados a su pesado ambiente previo, poco tiempo después de la desintoxicación, es la mayor razón de los altos índices de recaída. Las recaídas pueden también producir cambios en los patrones y severidad del problema del abuso de drogas. Por ejemplo, muchos pobladores pobres abusadores de opiáceos pasaron de fumar heroína a inyectarse fármacos como la buprenorfina debido a que esas preparaciones son baratas, fácilmente asequibles y tienen efecto inmediato. Las consecuencias de tales patrones de recaída son desastrosas para la prevención de la expansión del VIH.

Los programas de tratamiento de drogas en la India exigen generalmente abstinencia previa a su implementación y son residenciales. Por extensos son inaccesibles a abusadores de narcóticos de bajos recursos, quienes no pueden asumir los costos del tratamiento ni estar ausentes de sus familias por largos periodos de tiempo. Así mismo, muchos de los servicios residenciales existentes ofrecidos no están preparados para atender las necesidades de subgrupos de abusadores de narcóticos de alto riesgo como los UsDI. En los estados del noreste, donde los servicios para la re-

ducción de los prejuicios destinados a estos grupos de alto riesgo están comenzando a emerger, todavía hay una gran cantidad de desconfianza para su implementación. Las barreras ideológicas contra métodos de reducción de estos prejuicios, como la sustitución con metadona y buprenorfina, han extendido el número de tratamientos que profesan y defienden planes de tratamiento que enfatizan la abstinencia con base en el modelo de los doce pasos de los narcómanos y alcohólicos anónimos.

### MÉTODO

Como se mencionó, virtualmente no hay programas en la India específicamente diseñados para habitantes pobres abusadores de drogas. Sharan, una agencia de voluntarios, responde a las necesidades de dichos programas en la India. Fundada a comienzos de 1980, la agencia fue establecida como organización para el desarrollo al servicio de los pobres de la ciudad. Cuando apareció en las zonas marginadas la epidemia de las drogas, Sharan comprendió que en respuesta al cumplimiento de sus propósitos, algunos servicios de abuso de drogas deberían ser organizados. Sharan alquiló campos para la desintoxicación utilizando por muchos años el modelo comunitario. Recientemente la tendencia epidemiológica de cambio de heroína fumada a buprenorfina inyectada creó la necesidad de desarrollar nuevos programas dirigidos a modificar los patrones de abuso de drogas y la transmisión del VIH. La intervención con buprenorfina oral fue conceptualizada para ese propósito específico. Admi-

nistrado por el recientemente establecido programa del staff de Sharan Drogas & SIDA, la intervención se mantiene continua desde Mayo de 1993. Los datos reportados en este documento cubren el periodo desde su fecha de iniciación hasta Marzo de 1994.

El programa estuvo abierto a los sujetos 12 horas al día, todos los días de la semana. En adición a las medicaciones, el programa les proporcionó juegos de mesa, lectura tranquila y áreas para conversar donde podían tomar el té; en general, un refugio de paz lejos de los problemas de la calle. Se utilizaron inicialmente dos dosis diarias, pero el protocolo fue modificado luego que la literatura revisada indicó que una dosis diaria podía ser suficiente. Se verificó que la dosis ideal para la mayoría de los sujetos era de 2 mgs. por día. No fueron hechos cobros por la medicación. Los sujetos fueron requeridos para hacer reportes diarios durante quince días. Después de tomar la medicación fueron requeridos para mantenerse durante una hora y media en observación. Se realizaron reuniones semanales con los sujetos que fueron cuidadosamente observados por el staff y los médicos en caso de cualquier efecto adverso. Los sujetos fueron contactados en sus casas cuando fallaron al servicio y animados a cumplir con el protocolo de intervención. Sujetos que desertaron fueron readmitidos en el transcurso del período de estudio.

La historia de los sujetos se llenó con datos desde antes del enrolamiento hasta la intervención. El instrumento recolecta datos sobre historia de consumo de drogas, conducta actual y cambios de conducta, situación familiar, variables socio-

demográficas, conocimientos sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y datos sobre exámenes médicos.

Para la recolección de datos fueron administrados protocolos de evaluación en los últimos siete días de cada mes. El periodo de seguimiento para reevaluación de los sujetos con su propia línea de base fue de doce meses. La evaluación del seguimiento, similar a las evaluaciones mensuales, consistió en observaciones del staff y auto-reportes sobre mejoramiento de la salud general y bienestar. Una escala de indicadores fue utilizada para evaluar las percepciones del sujeto y las del staff sobre el uso actual de drogas, salubridad, estado de ánimo, disposición mental, aseo personal, atención, red social y empleo. Cada auto-reporte de los sujetos fue apareado con las últimas dos evaluaciones de staff en las mismas dimensiones.

### *Sujetos*

A los UsDI que específicamente requirieron ayuda para detener las inyecciones se les ofreció ingreso al programa. Estos sujetos recibieron educación sobre el riesgo de infecciones por transmisión sanguínea y VIH. Como criterio de inclusión se requirió documentación sobre uso de drogas ilícitas por más de seis meses con signos de abstinencia. Siempre que fue posible, se pidió confirmación de otras fuentes como miembros de la familia, centros de desintoxicación y hospitales. Marcas o señales frescas de agujas fueron tomadas como prueba de consumo actual por inyección. El equipamiento de inyección fue examinado, los hábitos de compartir agujas documentados y los escenarios de inyección visita-

dos. Quien no requirió ayuda fue excluido. Fumadores de heroína que ocasionalmente se inyectaban fueron también incluidos, así como fumadores de heroína que nunca se inyectaron pero que fueron evaluados por estar en alto riesgo de incidir en dicha práctica donde la disponibilidad de heroína lo facilitara.

Un total de 53 sujetos (23 UsDI) fueron enrolados en la intervención durante el período de estudio. El período ordinario en el programa para los sujetos fue de 3 meses (en un rango de uno a siete meses). La intervención originalmente comenzó con 38 sujetos (16 UsDI) y en 5 meses fueron reclutados otros 15 (7 UsDI). 30 sujetos eran fumadores de heroína, de los que 7 se inyectaban ocasionalmente. 23 sujetos se inyectaban buprenorfina diariamente. 29 sujetos (55%) han usado drogas ilícitas por más de cinco años, entre tanto 16 (30%) utilizaron drogas por más de dos años. De los 23 UsDI, 8 (35%) se inyectaron por más de dos años y 13 (56%) por más de un año. Las edades de los sujetos variaron entre los 16 y 54 años con un promedio de 34 años. 40 de los sujetos (75%) tenían complicaciones médicas (la mayoría tuberculosis y desnutrición). 34 sujetos (65%) practicaban alguna forma de empleo. Más de tres cuartas partes vivían con sus familias.

Los datos fueron analizados manualmente. Los porcentajes se calcularon utilizando el número total de sujetos como base. Subgrupos específicos (p.ej., fumadores de heroína) fueron analizados separadamente en las dependientes relevantes (p.ej., molestias en el cambio a buprenorfina). El análisis se limitó a la estadística descriptiva.

## RESULTADOS

En el seguimiento completo participaron 31 sujetos (58%) 11 (21%) no estuvieron durante un largo período en el programa, pero sus trayectorias fueron conocidas. Gracias al fuerte apoyo comunitario de la agencia Sharan, vecinos, amigos, familia y otras personas que ayudaron a localizar los sujetos fue posible la intervención. 11 sujetos (21%) desertaron o fueron a prisión durante el seguimiento y por ello no pudieron ser evaluados.

Durante el período de intervención no fueron observados efectos adversos por causa de la buprenorfina. 45 sujetos (85%) reportaron mejoramiento en su calidad de vida. 18 de los 30 sujetos (60%) que usaban heroína no reportaron problemas con la buprenorfina. 11 de los 30 sujetos usuarios de heroína (37%) suspendieron el uso de heroína completamente y cuatro de ellos buscaron admisión en una comunidad terapéutica. 20 UsDI (87%) redujeron la frecuencia de inyección. 16 (70%) UsDI suspendieron las inyecciones completamente y 4 (17%) se inyectaron solo ocasionalmente. La confiabilidad de estos auto-reportes fue corroborada por la valoración del staff.

## DISCUSION

El objetivo principal de la intervención fue reducir los perjuicios por inyección de drogas. La buprenorfina oral es una herramienta práctica, de bajo costo y efectiva para grupos-objetivo abusadores de narcóticos que están en alto riesgo de infección por VIH. Nuestro pequeño e incontrolado estudio apoya una extensa

tendencia global a utilizar la buprenorfina por subpoblaciones especiales de abusadores de opiáceos, para quienes la metadona o servicios que exigen abstinencia para facilitar la rehabilitación no están disponibles o garantizados. Nuestro estudio sugiere que la buprenorfina oral puede ser un sustituto efectivo de los opiáceos inyectables o fumables y es utilizable para la intervención en las grandes ciudades en los países en desarrollo amenazados por la epidemia del VIH.

De relevancia clínica y farmacológica, nuestro estudio fundamenta que 2 a 4 mgs. de buprenorfina sublingual son una dosis efectiva para el mantenimiento de fumadores de heroína que usan más de 2 gms. de heroína por día. Estos fumadores de heroína sufrieron mínimos malestares en el paso de heroína a buprenorfina. Esta dosis de mantenimiento es significativamente más baja que la reportada en experimentos clínicos donde con dosis de 12 a 16 mgs. fueron obtenidos los mejores resultados (Ling, W., Rawson, R.A. & Compton, M.A., 1994).

Estas discrepancias en los resultados pueden ser debidas a diferencias entre las poblaciones en estudio. Nuestros sujetos se inyectaban relativamente bajas dosis de buprenorfina o fumaban heroína. Estas características probablemente contribuyeron a las diferencias dosis-respuesta entre nuestra población en estudio y aquella reportada en la literatura, quienes se inyectaban altas dosis de heroína diariamente.

Nuestro estudio no fue clínicamente controlado ni un experimento comunitario y por ello presenta algunas limitaciones metodológicas obvias. Por no ser un estudio observacional de casos no tuvo un

grupo control. La recolección de datos en nuestro estudio no empleó un instrumento estandarizado y por ello la validez y fiabilidad de los datos no pudo ser precisamente determinada. La buprenorfina fué administrada sin costo a sujetos de difícil retención, en una población de gente con severas desventajas sociales. No obstante, a la luz de recientes comentarios en la metodología de las 'tribulaciones de los experimentos comunitarios', nuestro estudio observacional posee un valor científico (Susser, M., 1995). Ello ha documentado un movimiento social iniciado en las comunidades pobres que ha generado cambios en un segmento de las poblaciones de alto riesgo y ha producido un considerable impacto social. Además, hemos encontrado que esta forma de intervención farmacoterapéutica puede acoplarse con múltiples modalidades de tratamiento. La intervención no solamente es efectiva para propósitos de reducción de riesgos del uso de inyecciones, sino que también puede serlo para tratamientos orientados a la abstinencia.

En conclusión, las intervenciones sustitutivas con buprenorfina oral pueden tener utilidad en países en desarrollo, donde el tratamiento con metadona es ilícito y la atención intramural no es práctica en extensos segmentos de población en alto riesgo. Estudios observacionales de 'mínima' intervención como el reportado en este documento pueden ayudar a documentar la efectividad, eficiencia e impacto, donde los experimentos controlados no son posibles. Nuestros resultados contribuirán a ampliar el reconocimiento de la utilización de la buprenorfina para la prevención del SIDA y el

tratamiento del abuso de drogas y ayudará a estimular futuras investigaciones en su efectividad en poblaciones específicas en alto riesgo.

#### RECONOCIMIENTOS

Agradecemos al Doctor Helmut Sell de la Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de Asia del Suroeste, Nueva Delhi (India) por su continuo apoyo y aliento. Un apoyo parcial al proyecto procedió del contrato HK/92/485002 de la Organización Mundial de la Salud, programa abuso de sustancias, Ginebra (Suiza).

#### REFERENCIAS

- Bickel, W.K., Stitzer, M.L., Liebson, J.A., Jasinski, D.R. & Johnson, R.E. (1988). <<A clinical trial with buprenorphine: Comparison with Metadone in the Detoxification of Heroin Addicts>>. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 43, pp. 72-78.
- Bowersox, J.A. (1995). Buprenorphine may soon be heroin treatment option>>. *NIDA notes, January/February*, p.8.
- Conran, A., Lewis, J.W. & McFarlane, I.R. (1977). <<Antagonist and agonist properties of buprenorphine, a new antinociceptive agent>>. *British Journal of Pharmacology*, 60, pp. 537-545.
- Jasinski, D.R., Pevnick, J.S. & Griffith, J.D. (1978). <Human Pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine>>. *Archives of General Psychiatry*, 35, pp. 501-516.
- Kaplan, C.D., Morival, M. & Bieleman, B. (1993). <<The camp approach to drug detoxification>>. Reporte HQ/92/485002, Organización Mundial de la Salud.
- Ling, W., Rawson, R.A. & Compton, M.A. (1994). <<Substitution pharmacothera-

- pies for opiod addiction: from metadone to LAAM and buprenorphine>>. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, pp. 12.
- Ministerio de Salud. Escuela Nacional de Salud Mental. (1994) <<Consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia>>. Santafé de Bogotá.
- Panda, S. (1993). Comunicación personal. Consejo Índú de Investigaciones Médicas, Salt Lake, Cálcuta.
- Reisinger, M. (1985). <<Buprenorphine as new treatment for heroin dependence>>. *Drug & Alcohol Dependence*, 16, pp. 257-262.
- Sarkar, S., Das, N., Panda, S., Naik, T.N., Sarkar, K., Sing, D.C., Realte, J.M. & Tripathy, S.P. (1993). <<Rapid spread of HIV among injecting drig users in north-eastern states of India>>. *Bulletin on Narcotics*, XLV, pp. 91-105.
- Susser, M. (1995). Editorial: <<The tribulations of trials-interventions in communities>>. *American Journal of Public Health*, 85, pp. 156-158.
- Westermeyer, J. & Soudaly, C. (1984). <<Lessons from a metadone treatment program in Laos>>. 1972-75, *Drug and Alcohol Dependence*, 13, pp. 89-106.