

Comparativa sobre dos modelos de dispensación de metadona

Antonia Castillo Blázquez

Trabajadora Social en el Centro de Atención a las Drogodependencias-4 (CAD 4). IBSALUT,
Servicio de Salud de las Islas Baleares

Resumen

El consumo de drogas constituye un problema de índole social y sanitario en nuestras sociedades. En el caso de los consumidores de heroína, forman cada vez más un colectivo más homogéneo y estable. Apenas aparecen nuevos casos pero los ya atendidos tienden a hacerse crónicos en los servicios. En su mayoría son pacientes que toman metadona como parte de su tratamiento y para ello, deben desplazarse semanalmente al dispositivo que se les asigne para hacer la recogida de su medicación.

Este trabajo pretende mostrar que el tipo de dispositivo asignado favorecerá una mayor o menor adherencia al tratamiento e incidirá en una mejor calidad de vida de los pacientes. Se aboga por servicios cada vez más normalizados para dispensar, como farmacias o centros de salud y/o personalizados, como los propios centros de tratamiento. Ello en contraposición de los dispensadores generales.

Los dos dispositivos objeto de comparación han sido un dispensario general de metadona y un centro de atención a las drogodependencias de la ciudad de Palma de Mallorca.

Palabras claves

Metadona, dispensario, centro de atención a las drogodependencias, tratamiento, adherencia.

Abstract

Drug consumption means a social and health problem in our societies. Concerning heroine consumers, they are becoming a more homogeneous and stable social group. New cases hardly appear, but those who are already assisted tend to become chronic with the services. Most of them are patients who take methadone as a part of their treatment, so they have to go weekly to the assigned premise in order to pick up their medication.

This work wants to show that the type of assigned premise will favour a higher or lower addiction to the treatment and it will have an impact on a better quality of life for the patients. Services more and more normalized are intended to dispense, such as pharmacies or health centres or another ones, like the own treatment centres. This can be an alternative to the general dispensaries.

The two compared premises have been a general dispensary of methadone and a care centre for drug addiction in the city of Palma de Mallorca.

Keywords

Methadone, dispensary, care centre for drug addiction, treatment, addiction.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACION DEL TEMA

El consumo de drogas, y las consecuencias de toda índole que lleva aparejado, constituyen un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto.

El fenómeno de las drogas ha experimentado, en los últimos años, un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En España, en la actualidad, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, cuando el consumo de drogas, fundamentalmente de heroína, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

El consumo de heroína en España es inferior al de otras drogas, aunque hace años, fue la droga más significativa. Es la droga que más alarma social ha generado entre la población por los graves problemas sanitarios, sociales y familiares que ha provocado. Entre ellos, las muertes por sobredosis asociadas a su consumo, su relación con la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas, y su asociación a la comisión de delitos por parte de los consumidores.

También, en los últimos 30 años, se han producido cambios en la prestación de servicios a los problemas derivados del consumo de drogas y sobre todo, a los derivados del consumo de heroína. Se han creado nuevos y más normalizados dispositivos, que permiten atender a la persona toxicómana en cualquiera de las fases en que se encuentre: desde una perspectiva multidisciplinar y teniéndolo presente siempre como parte activa de su tratamiento.

La motivación a realizar este estudio se fundamenta en mi experiencia como trabajadora social en un Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD), en el que sigo trabajando. En él se atiende a toda persona o familiar que acuda por un problema relacionado con el consumo de tóxicos, y también ludopatías y otras adicciones no químicas.

El CAD es un recurso ambulatorio formado por un equipo interdisciplinar de médico, psicólogo y trabajador social, y complementado con un administrativo. Todos trabajan con el paciente y la familia del mismo, y están en coordinación con recursos específicos de la red de drogodependencias y con otros no específicos como salud, servicios sociales, judiciales, laborales, educativos, etc.

En Palma de Mallorca existen cuatro CADs y un CAD Jove, dirigido a jóvenes de hasta 21 años. Los CADs atienden según una división por zonas de todos los centros de salud de Palma. Los CADs se coordinan con los centros de salud y Unidades Básicas de Salud (UBS) de sus respectivas zonas. La gestión de los CADs pertenece al IBSALUT, el servicio público de salud de las Islas Baleares.

La **puerta de entrada** al CAD tiene lugar solicitando cita directamente o por derivación de otro servicio. Muchos son pacientes que vuelven porque han tenido una recaída y ya conocen el CAD. Otros son derivados o animados por su médico de cabecera que, muchas

veces, es el primer profesional en tener conocimiento del problema del paciente. En estos casos, el facultativo les pide cita directamente o les da los datos del CAD para que la soliciten ellos mismos. También se sigue el mismo proceso en pacientes derivados por la Unidad de Salud Mental (USM) o servicios de urgencias de los hospitales de referencia. La confluencia de toxicomanía y enfermedad mental es muy elevada (patología dual) y exige de una atención y coordinación especial.

La **acogida** es uno de los momentos más importantes del tratamiento. Nos referimos a la primera entrevista, realizada por la trabajadora social y en algunas ocasiones, también por el psicólogo. Para hacer la acogida, nos servimos de un modelo de entrevista ya estructurado, el Europasi, que recoge aspectos del paciente de diferentes áreas y mide su perfil según una escala de autovaloración que luego se pondera con las puntuaciones del propio profesional.

Una vez realizada la acogida, todos los casos nuevos de la semana se comentan en reunión de equipo. En esta reunión se designa un profesional de referencia y se establecen las líneas de intervención. Conjuntamente con el profesional de referencia pueden intervenir también los otros profesionales para tratar los temas que se estime oportuno.

En el caso de pacientes heroínómanos, el profesional de referencia, en una primera fase, será el médico. Su demanda en la acogida es clara: solicita metadona para tratar su adicción a la heroína. La cita con su profesional de referencia, el médico, será inmediata. Se informará al paciente que debe ir sin haber consumido, de cara a iniciar el tratamiento con metadona el mismo día que sea atendido. La metadona, en el caso de nuestro CAD, se dispensa en el dispensario de metadona, dispositivo que está muy cerca de nuestro centro. Los primeros días, se dan dosis individuales y el paciente es atendido a diario por el médico, para poder fijar la dosis correctamente y tratar posibles efectos secundarios.

Una vez estabilizada la dosis, la recogida pasa a ser semanal, salvo excepciones. Las visitas con la doctora son periódicas y se trabajan otros aspectos, bien a demanda del paciente, bien propuestos por el referente terapéutico.

Sin embargo, este esquema general cuenta con multitud de variantes: muchos de los pacientes son antiguos usuarios del CAD y ya conocen el procedimiento y además, no están interesados en realizar ningún otro de programa. Así, la única intervención que se realiza con ellos es la dispensación semanal, que se hace, como hemos señalado, en el dispensario de metadona. Estos pacientes no acuden a las citas programadas, salvo que tengan algún problema derivado del uso de la metadona y en esos casos, vienen con una demanda de “urgencia”.

Dado que el número de nuevos consumidores de heroína ha bajado notablemente en España, en los últimos años, el colectivo de pacientes por esta sustancia se mantiene muy estable. Muchos tienen una situación personal normalizada. Otros siguen teniendo problemas asociados al consumo de tóxicos: trapicheos, paro o inestabilidad laboral, dificultades familiares, problemas de salud, trastornos psiquiátricos o emocionales, problemas con la justicia, etc.

La hipótesis de partida que nos planteamos es que si estos pacientes, en vez de ir al dispensario de metadona semanalmente, pudieran hacer la recogida en su propio CAD de referencia, su atención y tratamiento podrían ser más intensos y ello incidiría en una mayor adherencia y menos recaídas. Esto repercutiría, además, en una mejoría en calidad de vida,

y facilitaría que los pacientes pudieran centrarse en otros aspectos, como mejoras laborales, o en sus relaciones sociales/familiares.

En el dispensario son atendidos por enfermeras y auxiliares de enfermería que les facilitan los siete botes de la semana y realizan los controles de orina supervisados a los casos que así proceda. Este personal no tiene por qué saber de qué CAD son los pacientes, ni el plan de trabajo establecido con ellos; si bien es cierto que conocen el CAD porque comparten con ellos el programa informático.

La atención es mucho más mecánica y además, entre sus principales hándicaps está su propia infraestructura. Se trata de un mostrador con dos ventanillas y junto a ellas, la puerta que da al baño donde se hacen los controles. Dicho aseo cuenta con un vidrio a través del cual se hace la supervisión. La atención no es nada íntima y si hay más de dos pacientes, deben esperar en la calle. También hay un guardia de seguridad que se pasea constantemente por los alrededores.

El dispensario de metadona reparte a pacientes de los cuatro CADs de Palma y existe un CAD, el dos, que cuenta también con dispensación propia.

La propuesta sería que en los CADs se incorporara personal de enfermería y que fuera éste quien dispensara la metadona en el propio CAD. La atención sería más personalizada, más directa y más cercana. Además, los profesionales tendrían menos dificultades para contactar con estos pacientes porque en muchas ocasiones, el contacto se hace dejando avisos en el dispensario. La enfermera y la auxiliar que se designaran a cada CAD pasarían a formar parte del equipo y conjuntamente, se podrían diseñar las líneas de intervención con cada uno de los pacientes. Éstas también conocerían la realidad de cada paciente y podrían ser fuente de motivación para realizar algún cambio: pasar a un programa de más alta exigencia, mejorar algún aspecto social con la trabajadora social (incorporación laboral o a un taller, aspectos formativos, temas de ocio), hacer seguimiento de sus problemáticas de salud o simplemente, disponer de un espacio normalizado en el que poder expresar sus problemas o malestar. Recordemos que son pacientes todavía altamente estigmatizados por su condición de heroinómanos o ex heroinómanos.

Pensamos que, sin duda, la relación que se establezca con el paciente es uno de los mayores recursos que los profesionales tenemos a la hora de trabajar con este colectivo. Si facilitamos esta relación y esta cercanía, podremos promover cambios en el paciente. En la mayoría de ocasiones, son cambios muy pequeños pero que representan auténticos logros. Como hemos señalado, esta metodología ya se emplea en Palma de Mallorca, en uno de los cuatro CADs que atienden. Así sería posible realizar una comparativa entre los pacientes de este CAD y los que van al dispensario.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Del conjunto de pacientes atendidos en los CADs existe una proporción importante que es atendida por consumo de opiáceos. Muchos son usuarios de metadona y están adscritos al Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). Este colectivo suele ser un grupo estable ya que como hemos señalado, el número de nuevos pacientes atendidos por opiáceos ha descendido paulatinamente a lo largo de los años. En las Islas Baleares fue del 14% del total de nuevas admisiones registradas en el 2011, lo que representa 270 nuevos pacientes (Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicción a Drogas, SEIPAD, 2011). Si

bien muchos de estos 270 pacientes ya lo habían sido con anterioridad y vuelven tras una recaída. Señalar en este punto que no se tienen datos actualizados y que el informe del SEIPAD de 2011 ha sido el último publicado.

La primera atención con estos pacientes consiste en estabilizarlos con la dosis que les corresponda en un equivalente de metadona. Una vez estabilizados, se les plantean nuevos objetivos o medidas para mejorar aspectos de su vida que han sido afectados por su consumo. Algunos aceptan y realizan un proceso en el CAD. Otros muchos deciden que como única medida de atención, sólo quieren la dispensación de la metadona. Es precisamente en estos pacientes sobre los que se querría hacer una intervención más directa. Pensamos que con el traslado de la dispensación de la metadona a cada uno de los CADs, esto sería más viable.

Una parte importante de estos pacientes lleva años adscritos al PMM y acude semanalmente al dispensario a realizar la recogida. No ven necesario venir al CAD y el CAD tiene, en muchas ocasiones, auténticas dificultades para contactarlos y hacer un seguimiento rutinario. Esto a pesar de que a todos los pacientes se les pide que acudan, al menos, dos veces al año a realizar este seguimiento de su tratamiento. Suelen venir sólo cuando han tenido algún problema con la dispensación y necesitan que la doctora solucione esta dificultad. Por ejemplo, porque no han ido a recoger cuando les tocaba o porque han derramado accidentalmente una dosis y necesitan una dosis extra.

En el dispensario se atienden también otras situaciones. Entre ellas, pacientes que no hacen recogida sino toma a diario, bien porque no tienen alojamiento, bien porque están en un centro de acogida que no hace custodia de metadona. Y entre el conjunto de pacientes, los hay que realizan controles de orina semanales.

Los controles se pueden realizar a petición del paciente y les sirve de control de su propia situación; o a propuesta del profesional, por ejemplo con pacientes que están haciendo un proceso social y participan en algún taller becado y/o formativo. En estos casos, es necesario confirmar la abstinencia a tóxicos, como exigencia del propio recurso externo.

También hay casos en que estos se realizan de una manera casi obligatoria. Por ejemplo, pacientes que tienen una suspensión de condena -no entran en prisión a cambio de hacer tratamiento y otra serie de medidas- o pacientes derivados por el servicio de menores, padres cuyos hijos tienen una medida de riesgo o les han sido retirados.

Se quiere señalar que en todo momento, nos referimos a pacientes que toman metadona pues muchos de estos casos son aplicables a pacientes atendidos por otras sustancias.

Aprovechamos para precisar que la metadona es un agonista opiáceo. Entre los posibles opiáceos se encuentran más de 20 alcaloides: heroína, morfina, codeína, tebaína, etc. A excepción de un caso atendido por abuso de petiadiina, el resto de pacientes que acude por dependencia a opiáceos a nuestro CAD son dependientes de la heroína. Por eso, en este trabajo nos referiremos al término heroína y no opiáceos, si bien la metadona también se puede utilizar como fármaco con el resto de adicciones a opiáceos.

La recogida de metadona se puede realizar también en otros dispositivos:

- Metabús: Tiene diferentes paradas con un horario fijo y el paciente acude a la que le venga mejor según su domicilio, se hace toma a diario.
- Farmacia o centro de salud: La recogida es semanal pero sólo algunas farmacias y

centros de salud tienen acuerdos de colaboración para dispensar metadona.

Para determinar el dispositivo que se asigna a cada paciente, se tienen en cuenta una serie de variables, siempre intentando favorecer la normalización de su situación. Así, el metabús o la toma a diario en el dispensario serían los dispositivos menos favorables y se utilizan con pacientes que, con anterioridad, han hecho una mala custodia de su dosis, aquí el control tiene que ser máximo; con pacientes que no tienen domicilio estable, y con pacientes que viven en un albergue que no hace custodia de metadona. En estos casos, la toma se hace a diario y en presencia del personal sanitario. También se utiliza esta alternativa, y por un periodo de tiempo concreto, con pacientes que han tenido conductas violentas, normalmente con los profesionales, o que han incumplido alguna de las normas.

La siguiente tabla, elaborada con los datos proporcionados por cada CAD, muestra la relación de pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM), según lugar de recogida:

	DISPENSADOR	CAD	METABÚS	FARMACIA	CENTRO DE SALUD	TOTAL
CAD 1	63	0	20	11	2	96
CAD 2	48	37	29	5	0	119
CAD 3	70	0	19	6	2	97
CAD 4	85	0	17	11	7	120
TOTAL	266	37	85	33	11	432

Tabla 1: Relación de pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona según lugar de recogida

Fuente: Elaboración propia
Datos 2013

Como podemos observar, la toma en dispensario suele ser la alternativa principal. Y la recogida en farmacia o centro de salud se da a pacientes que han hecho un proceso positivo en el CAD, que han mostrado capacidad y deseo de colaboración con el tratamiento y que disfrutan de una situación personal normalizada, siempre y cuando dichos recursos estén en la zona en la que vive el paciente. Viene a ser la alternativa más normalizada para el paciente por la distancia, ya que el dispensario se encuentra en una zona bastante alejada, en nuestro caso, de la zona de atención que nos corresponde. Y también porque la farmacia y el centro de salud son percibidos como dos recursos mucho más normalizados por el paciente y por la sociedad en general. Además, se evita que la persona vaya al dispensario y coincida con muchas de las compañías con las que consumía o formaban parte de su contexto de consumo. Por último, queremos señalar algunos datos del perfil del paciente atendido por heroína que acude al CAD a solicitar tratamiento. Estos datos han sido extraídos del SEIPAD 2011, del Indicador de admisiones a tratamiento en Baleares: Hombre (224 frente a 46 mujeres), de 36 años que acude al CAD por iniciativa propia (121 casos) o animado por amigos o familiares (31 casos), que está consumiendo a diario (151 casos). En el 64,1% de los casos (173) está parado, frente a 58 casos que trabajan (el resto es pensionista, estudiante o está en otras situaciones). Su nivel de estudios máximo es la enseñanza primaria, en 106 casos, y la ESO, en 87 casos. Del total de nuevos casos (270), 210 habían recibido tratamiento con anterioridad y sólo 60 casos acuden a tratamiento por primera

vez. Por último, las vías más frecuentes de consumo son la fumada (144 casos), la inyectada (98 casos), la esnifada (22 casos) y la oral (6 casos).

Como podemos ver, la primera mejoría que obtienen estos pacientes es el cese del consumo, en muchos casos diario, y por vías nada saludables, sobre todo la inyectada.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que los usuarios de metadona atendidos en su propio centro de referencia tienen una mayor adherencia al tratamiento que los que son atendidos en dispositivos generales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer determinados aspectos del tratamiento de usuarios de metadona de ambos dispositivos.
- Hacer una comparativa de ambos dispositivos con los resultados obtenidos
- Extraer conclusiones de los resultados obtenidos.

El objetivo de este trabajo es demostrar que según donde es atendido un paciente usuario de metadona tendrá un mejor pronóstico, una mayor adherencia al tratamiento, menos recaídas y una mejor situación a nivel personal en relación al ámbito laboral o de ocio, entre otros. Así, los pacientes atendidos en su centro de referencia, están en su propio ambiente, atendidos por las mismas profesionales sanitarias semanalmente y muy cerca del resto de profesionales del CAD. Por ello, se les podrá plantear propuestas de mejora en su tratamiento y ellos mismos tendrán más cercanía y posibilidad de contactar con el resto de profesionales.

Para demostrar esta hipótesis se realizó un cuestionario que recogía aspectos generales de tratamiento y algunos sobre la situación personal de los usuarios de metadona de ambos dispositivos. El cuestionario se pasó en el CAD 2, el único CAD de Palma que dispensa metadona y en el centro dispensador que dispensa metadona a pacientes de los cuatro CADs. Recordemos que el CAD 2 tiene pacientes en ambos dispositivos. El cuestionario se realizó a todos aquellos pacientes que aceptaron y cumplían dos condiciones: hacer recogida semanal -se excluyeron a los pacientes de toma diaria- y estar en el programa con una antigüedad mínima de un año.

Los cuestionarios se realizaron en horario de atención de ambos dispositivos, de mañana y de tarde. Previamente, la entrevistadora se identificó y explicó el objeto del cuestionario.

Ya con los cuestionarios elaborados se realizó un análisis cuantitativo de los resultados obtenidos, comparando las respuestas de los pacientes de ambos dispositivos.

2. MARCO TEORICO

2.1 INTRODUCCIÓN

La necesidad de una oferta de tratamiento especializado para los trastornos relacionados con el consumo de heroína surge con lo que podría considerarse la primera epidemia de consumo de una sustancia adictiva ilegal en España. De hecho, hasta finales de los años 70 del siglo pasado, no hay constancia de problemas sociosanitarios relevantes relacionados con el consumo de este tipo de sustancias. Las primeras referencias de sujetos consumidores de heroína se tienen en la segunda mitad de los setenta.

Se estima que la máxima incidencia de utilización de la heroína en España se produjo diez años más tarde, en la primera mitad de los años 80. Sin embargo, el mayor impacto social, por sus consecuencias, no fue visible hasta comienzos de los años 90. La utilización de la vía endovenosa por parte de los consumidores, en nuestro país, fue determinante en la rápida aparición de complicaciones orgánicas graves, siendo las más importantes: la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los fallecimientos por reacción aguda o sobredosis.

La respuesta a esta epidemia se produjo en 1985, con la creación del Plan Nacional sobre Drogas y el desarrollo de una red asistencial específica que en sus inicios, se centró en el tratamiento de pacientes adictos a la heroína. Inicialmente, la filosofía del tratamiento se orientó a la consecución y mantenimiento de la abstinencia como objetivo principal. Sin embargo, el escaso éxito de a la hora de atraer pacientes a los centros y la proliferación de la infección por el VIH, impuso el sentido más pragmático de las políticas de reducción del daño: tratamiento de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas, promoción de vías de consumo seguras, etc. Estas políticas buscaban mejorar la calidad de vida de los sujetos y evitar la difusión de enfermedades infecciosas, sin necesidad de modificar la conducta adictiva.

Los problemas relacionados directamente con el consumo de heroína aumentaron hasta 1989-1992. La mortalidad relacionada con el consumo de drogas llegó a ser la primera causa de muerte entre los jóvenes de las grandes ciudades, hasta contabilizarse, en 1992, 1700 fallecimientos por sobredosis. Esto equivalía a 11,5 muertes por cada 100.000 jóvenes de 15 a 39 años de edad. A partir de entonces, comenzó a disminuir el número de pacientes tratados por primera vez y el número de fallecidos por reacción aguda a drogas con presencia de opioides, así como la mención de la heroína en las urgencias por reacción aguda. Aun así, las complicaciones relacionadas con la infección por el VIH mantuvieron su progresión ascendente. Los nuevos diagnósticos de SIDA, relacionados con la inyección de drogas, llegaron a su máximo entre 1993 y 1995, con más de 3500 casos anuales y los fallecimientos por esta enfermedad aumentaron hasta las 4300 muertes en el año 1996.

Desde finales de 1992, asistimos a una reducción lenta, pero progresiva, del número de nuevos consumidores de heroína, así como un cambio de las vías de administración y una disminución de la morbi-mortalidad. La aparición del consumo de otras sustancias, como la cocaína, en estos pacientes, ha reactivado problemas antes relacionados con el consumo de heroína.

2.2 RIESGOS DEL CONSUMO DE HEROÍNA

La heroína es una droga altamente adictiva. Al principio, sus efectos son muy placenteros, lo que provoca una conducta de consumo continuado y repetido. Este consumo continuado estimula, rápidamente, un fenómeno de tolerancia. Es decir, para conseguir el mismo efecto o evitar los síntomas de abstinencia, el adicto necesita cada vez dosis más altas: hasta 10 veces más al cabo de poco tiempo de consumo.

La heroína pierde la capacidad de producir el bienestar inicial que producía. Esto estimula un malestar cada vez mayor. Si al principio la obtención de placer era la causa del consumo, con el paso del tiempo, lo que el heroinómano busca es aliviar el malestar que le produce la ausencia de la heroína.

La supresión del consumo ocasiona la aparición del síndrome de abstinencia, conocido popularmente como “mono”. Se trata de un conjunto de signos y síntomas entre los que destacan: ansiedad, agresividad, dilatación pupilar, lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, diarrea, náuseas, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad locomotora y dolores articulares.

El síndrome de abstinencia aparece aproximadamente a las 8 horas de la última dosis, generando un profundo malestar entre las 36 y 72 horas posteriores, y pudiendo durar hasta 10 días. Aunque no supone un grave riesgo para la salud, es una experiencia muy temida por el heroinómano.

Además de la adicción, el consumo de heroína conlleva importantes riesgos y consecuencias negativas para la salud. Es necesario tener en cuenta no sólo la sustancia en sí misma, sino también los adulterantes utilizados en su manipulación, los hábitos higiénicos precarios y las conductas y prácticas de riesgo a las que se asocia su consumo.

2.3 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS

Cuando un paciente heroinómano experimenta recaídas frecuentes en los hábitos tóxicos y reinstaura fácilmente la dependencia, se valora la posibilidad de ayudarlo a evitar el consumo de tóxicos ilegales con un tratamiento farmacológico de larga duración.

Se basan en la sustitución de la heroína por un opiáceo de consumo legal, prescrito durante largo tiempo y controlado médicamente, junto a la provisión de tratamiento psicosocial. Los pacientes sustituyen la dependencia de la heroína -con un perfil desadaptativo- por la dependencia de la metadona -con un perfil más farmacógeno-.

La metadona es un potente agonista opiáceo de síntesis. Se absorbe rápidamente por vía oral, permite una biodisponibilidad del 80-90% y es capaz de suprimir la sintomatología de abstinencia a los opiáceos de forma prolongada. Se detecta en plasma a los 30 minutos de su administración y alcanza concentraciones plasmáticas máximas a las 4 horas. La vida media en sujetos no tolerantes es de 15 horas aproximadamente y de 15 a 47 horas, con una vida media de 25 horas, en sujetos tolerantes. Por ello, salvo alguna excepción, sólo se necesita consumir metadona una vez al día.

Después de la administración repetida, se produce un cúmulo gradual en tejidos, que se libera lentamente. Por ello, si la metadona se suspende bruscamente, se provoca un síndrome de abstinencia de intensidad leve, pero de más larga duración que el de la heroína.

Hay que tener en cuenta que el fracaso del tratamiento y las recaídas son un resultado más que probable en cualquier tratamiento de abstinencia. La supresión de la droga no amenaza directamente la vida. Sin embargo, la abstinencia, unida a la pérdida de tolerancia, crea las condiciones para una sobredosis mortal de opiáceos. Al menos, una cuarta parte de las muertes repentinas por sobredosis ocurre inmediatamente después de intentos de desintoxicación fallidos.

Como hemos señalado, un concepto muy importante en el contexto de las drogas es el de tolerancia. Cuando una sustancia se administra de modo prolongado, el efecto de esa dosis puede alterarse. Este proceso se denomina “adaptación”. El descenso paulatino del efecto que se obtiene tras un consumo reiterado se denomina tolerancia. Con el tiempo, las mismas dosis de una sustancia ya no producen el mismo efecto. En este caso, debe aumentar la dosis para obtener el mismo efecto.

2.4 PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA. PMM

La acción de la metadona es relativamente larga (24-36 horas), lo que permite la administración de una dosis diaria y la cobertura de la sintomatología de abstinencia. En 2-4 días, se alcanza la estabilización farmacocinética para una determinada dosis diaria. Si el paciente está bien dosificado, los niveles plasmáticos estables deben estar dentro de los márgenes terapéuticos, es decir, por debajo del nivel correspondiente a la dosis máxima tóxica y por encima de la cual aparecería sedación excesiva. Asimismo, por encima de la dosis mínima eficaz o dosis anti-*craving*, lo que supone haber alcanzado la tolerancia cruzada o bloqueo narcótico. Por debajo de esta dosis, el paciente presentaría síntomas de abstinencia.

La vida media de eliminación es el tiempo necesario para que una determinada concentración de un fármaco se reduzca a la mitad, tras un proceso de metabolismo y/o excreción. Siempre se elimina menos por unidad de tiempo porque entonces hay menos sustancia que eliminar. Una cierta dosis de heroína ejerce sólo la mitad de su efecto tras 5-8 horas y la metadona tiene una vida media de 24 a 36 horas.

Los pacientes en Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), a menudo, presentan el problema añadido del consumo de múltiples sustancias. Éste puede ser inicial, es decir, el paciente ya lo presentaba antes de iniciar el programa. O bien, incrementarse o aparecer durante su permanencia en el mismo. Las sustancias más habituales son la cocaína y el alcohol y en nuestro medio, también las benzodiazepinas. Estas sustancias pueden ser utilizadas para lograr la “subida” (euforia) que ya no se logra con la heroína, por estar “bloqueada” por la metadona.

Además de reducir el consumo de heroína y otros opiáceos, y mejorar la calidad de vida de la población drogodependiente atendida, los tratamientos con agonistas, tienen por finalidad:

- Disminuir la morbilidad y conflictividad social y familiar del enfermo drogodependiente, facilitando la posible incorporación social.
- Prevenir la aparición de nuevos casos de contagio por el VIH en la población drogodependiente.
- Aumentar la retención de los pacientes en relación al tiempo de permanencia en los centros.

- Captar nuevos pacientes que por sus características psicosociales no acceden a los servicios de salud normalizados.
- Mantener a los usuarios estabilizados hasta su ingreso en los recursos de internamiento.

Efectividad de los Programas de Mantenimiento con Metadona

Las tasas de respuesta son muy variables. A groso modo, se habla de los siguientes porcentajes aproximados de respuesta a los dos años de permanencia dentro del tratamiento (Torrens, 2001): un 20% de los pacientes se encontraría abstinentes y con un buen nivel de funcionamiento general, un 60% tendría niveles bajos y variables de consumo y habrían mejorado su funcionamiento general desde que iniciaron el programa; el 20% restante permanecería con niveles de consumo y de funcionamiento similares a los iniciales. La sintomatología psiquiátrica es mayor en estos dos últimos grupos. De los pacientes que abandonan el programa y se mantienen inicialmente abstinentes, un 60-80% vuelve al consumo entre 1-2 años siguientes. Actualmente, se considera que la dependencia de opiáceos es un trastorno crónico recidivante.

3. MARCO METODOLÓGICO

Para llevar a cabo esta investigación, y poder demostrar si realmente los pacientes atendidos en su centro de referencia están en una mejor situación a nivel de adherencia al tratamiento que los que son atendidos en el dispensario general, se pasó un cuestionario a pacientes de ambos dispositivos.

El objetivo del cuestionario era conocer determinados aspectos de su tratamiento y de la evolución del mismo. Y luego, poder extraer unas conclusiones y hacer una comparativa entre los dos dispositivos. Se valoraba, además, que una mayor adherencia al tratamiento repercutiría, sin duda, en un mejor pronóstico y ello en una mejora de las condiciones de vida del paciente. Es un todo que se retroalimenta: si se mejora en el tratamiento, se mejoran las circunstancias del paciente y si las circunstancias del paciente están estables, repercute en una mejora en el tratamiento. Por ello, el tipo de tratamiento, así como la manera de llevarlo a cabo, van a ser aspectos esenciales para la mejora de estos pacientes.

Del total de 266 pacientes que recogían la metadona en el dispensario, 233 pacientes cumplían criterios para ser objeto de estudio. De estos, se pasó el cuestionario a un 37 %, lo que supuso 90 pacientes. Y de los 37 pacientes que hacían la recogida en el CAD 2, sólo se pudo pasar el cuestionario a 28 pacientes, es decir, a un el 76 %. Cinco no cumplieron criterio, dos se negaron y a dos no se les localizó.

También se realizaron entrevistas para conocer la opinión de los profesionales que trabajan directamente en la dispensación de la metadona. Se pasó el mismo modelo de entrevista a la enfermera del CAD 2 y a una de las enfermeras y de las auxiliares de enfermería del centro dispensador. Aunque también se pidió colaboración a la auxiliar del CAD 2, esta rehusó.

Y por último, se realizó una entrevista muy similar al médico del CAD 2, que es el único que tenía la posibilidad de prescribir la metadona, bien en el propio CAD 2, o bien en el

dispensario. Además, hacía el seguimiento y atención a pacientes de ambos dispositivos.

La entrevista se componía de cinco preguntas, en el primer caso, y tres preguntas, en el caso del médico. Su objetivo era conocer la opinión de dichos profesionales en referencia a la dispensación en uno u otro dispositivo, cuál piensan que repercute más positivamente en el tratamiento de los pacientes y cuáles son las mejorías que han observado. Las entrevistas se realizaron en el mismo lugar de trabajo de los profesionales y fueron grabadas en audio.

Por otro lado, el cuestionario se compone de una serie de preguntas, la mayoría de tipo cerrado o con opciones concretas de respuesta. Se elaboró de tal manera que fuera fácil y sobre todo, rápido de responder, pues sabíamos que la principal exigencia que nos iban a poner para colaborar era que fuera rápido.

Para poder realizar los cuestionarios, se pidió autorización al responsable-coordinador de los cuatro CADs, y éste, además, puso en conocimiento de todos los profesionales de los CADs que se realizarían estos cuestionarios a los pacientes del CAD 2 y del centro dispensador. También se contaba con la colaboración del personal de enfermería de ambos dispositivos, a la hora de favorecer el acercamiento del paciente con la entrevistadora.

El cuestionario se realizó, previa presentación del objetivo y de la entrevistadora, a pacientes del dispensario que hacían recogida semanal con una antigüedad mínima de un año y con independencia del CAD que sea cada uno. El cuestionario, obviamente, fue de carácter voluntario y anónimo.

Se separaron las preguntas en tres bloques. El primero era el de identificación y se pedía la edad, el sexo y el CAD de referencia. El segundo bloque agrupaba el grueso de las preguntas y de la investigación, y se refería a aspectos sobre el tratamiento. Por último, el tercer bloque se refería a aspectos de su situación personal actual, porque se prevé que cuanto más normalizada sea la situación de una persona, más posibilidades de tener un mejor pronóstico en su tratamiento.

Así, y en referencia al segundo bloque, las cuestiones planteadas eran sobre el tiempo que hacía que tomaban la metadona; en qué dosis se encontraban, diferenciando entre dosis bajas (menos de 20 mg), medias (de 20 a 49 mg) y altas (más de 50 mg). También se les preguntaba si pensaban que estaban en una dosis correcta, y si no era así si necesitarían más o menos. Otra cuestión era si estaban estables o en bajada - reducción controlada de la metadona-. Ésta se hace pautada con el médico, en una dosis fijada cada semana o cada dos semanas; si había tenido alguna recaída en el último año de heroína y de al menos de una semana (porque el consumo ocasional no se entiende como una recaída para los pacientes); si actualmente consumían otros tóxicos, especificando alcohol y cánnabis, dado que muchos pacientes no lo consideran como una droga; si habían hecho otros tratamientos en el último año; si acudían a visitas pactadas a su CAD, y a quién visitaban; también se preguntaba sobre el dispositivo de dispensación que más le interesaría. Y por último, en una escala de valoración del 1 al 5, se pregunta sobre el grado de satisfacción con su CAD de referencia, siendo 1 muy malo, 2 malo, 3 regular, 4 bueno y 5 muy bueno.

En el tercer bloque, el referente a situación personal, se preguntaba sobre la situación laboral del encuestado; con quién vivían; sobre su alojamiento; si estaban en seguimiento con otros servicios sociales; si hacían alguna actividad en su tiempo de ocio; si contaban con apoyo familiar o social. Y por último, y al igual que en el anterior bloque, se pedía que se puntuara del 1 al 5 como valorarían su situación personal actual.

Para validar el cuestionario se realizaron 10 entrevistas de prueba, a fin de ajustar las preguntas al colectivo al que se dirigía y al objeto de estudio.

Una vez se realizaron las encuestas, se contabilizaron las respuestas para obtener los datos de cada variable planteada. Posteriormente, se hizo una comparativa con los resultados obtenidos entre el dispensario y el CAD 2. Los resultados de esa comparativa son los que nos permitieron establecer unas conclusiones.

3.1 MODELOS DE ENTREVISTA

Enfermera del CAD 2

Categoría:

Lugar de trabajo:

Antigüedad en el lugar de trabajo:

Lugar y fecha:

1. ¿Participas activamente en el proceso terapéutico de los pacientes que atiendes? ¿De qué manera? (reuniones de equipo, coordinación con otros profesionales...).
2. ¿Actúas de referente en algunos casos? ¿En cuáles? Si no es así, ¿en cuáles piensas que podrías ser el referente?
3. ¿Cómo valoras tu intervención en comparación con las compañeras del centro dispensador?
4. Según tu opinión, ¿cuál de los dos dispositivos de dispensación te parece más efectivo para mejorar el tratamiento de los pacientes? ¿Por qué?
5. ¿Has observado mejorías en el proceso de los pacientes que atiendes? ¿De qué tipo?

Enfermera y Auxiliar de Enfermería del Centro Dispensador

Categoría:

Lugar de trabajo:

Antigüedad en el lugar de trabajo:

Lugar y fecha:

1. ¿Participas activamente en el proceso terapéutico de los pacientes que atiendes? ¿De qué manera? (reuniones de equipo, coordinación con otros profesionales...).
2. ¿Piensas que sería positivo que el personal de enfermería pudiera estar más implicado en el tratamiento de sus pacientes?
3. ¿Cómo valoras tu intervención en comparación con las compañeras del CAD2?
4. Según tu opinión, ¿cuál de los dos dispositivos de dispensación te parece más efectivo para mejorar el tratamiento de los pacientes? ¿Por qué?
5. ¿Has observado mejorías en el proceso de los pacientes que atiendes? ¿De qué tipo?

Médico CAD 2

Categoría:

Lugar de trabajo:

Antigüedad en el lugar de trabajo:

Lugar y fecha:

1. ¿Qué criterios se siguen para designar a un paciente a un tipo u otro de dispositivo de dispensación?
2. ¿Observas diferencias entre los pacientes que hacen recogida semanal en el dispensario y los que la hacen en el CAD? ¿Cuáles?
3. Según tu opinión, ¿cuál de los dos dispositivos de dispensación te parece más efectivo para mejorar el tratamiento de los pacientes? ¿Por qué?

3.2 CUESTIONARIO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Sexo: Hombre/mujer
- Edad:
- CAD de referencia:
- Fecha y lugar:

TRATAMIENTO

- ¿Cuánto tiempo hace que toma la metadona?
 - o 1-3 años
 - o 4-9 años
 - o Más de 10 años
- ¿Cuál es su dosis?
 - o Menos de 20 mg
 - o De 20 a 50 mg
 - o Más de 50 mg
- ¿Cree que su actual dosis es correcta?
 - o Sí No: Necesito más Necesito menos
- ¿Está estable o en bajada?
- ¿En el último año, ha tenido alguna recaída de heroína (de más de una semana)?
- Actualmente, ¿está consumiendo otras drogas?
 - o ¿Y alcohol? ¿Y THC?
- ¿Ha hecho otros tratamientos en el último año?
 - o *Decalaje*
 - o Desintoxicación
 - o Comunidad terapéutica
 - o Centro de día
- Acude a visitas **pactadas** a su CAD?
 - o ¿A quién visita?
- De todos los dispositivos de dispensación, ¿cuál es el que le interesaría más?
 - o Recogida en el CAD
 - o Recogida en el dispensario
 - o Recogida en el Centro de Salud
 - o Recogida en farmacia
- Del 1 al 5 ¿cómo puntuaría su grado de satisfacción con su CAD?

SITUACIÓN PERSONAL

- Situación laboral
 - o Parado
 - o Parado con prestación
 - o Pensionista
 - o Trabajando
 - o Trabajo en negro/chapuzas
- ¿Con quién vive?
 - o Solo, con pareja, con familia, familia de origen, con amigos.
- ¿Dónde vive?
 - o Piso propio, alquiler, piso compartido, casa familiar, okupa.
- En el último año, ¿ha estado en seguimiento con otros servicios sociales? (*Grec, IRES, SPM, etc.*)
- ¿Qué hace en su tiempo de ocio, tiene aficiones? ¿Cuáles?
- Actualmente, ¿tiene apoyo social/familiar?
- Del 1 al 5, ¿qué puntuación le daría a su situación personal actual?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Centro dispensador

De los 266 pacientes que estaban adscritos al PMM y hacían recogida en el centro dispensador nos encontramos 13 que hacían toma diaria, que en 12 casos, la recogida la realizaba un familiar, y 8 casos en los que la recogida la realizaba el centro en el que se alojan (Siloé y Sa Placeta). Así, el total objeto de estudio se redujo a 233.

Los datos los facilita el centro dispensador, con fecha 5 de mayo de 2013. Estos datos varían constantemente con las altas y bajas que se van produciendo. Además, existe el hándicap de que las bajas tardan algún tiempo en notificarse. Esto ocurre porque muchas veces el médico del CAD que debe hacerla, no tiene conocimiento de que el paciente ha abandonado el programa. Por este motivo, las 90 encuestas realizadas finalmente y que teóricamente, suponían el 37% de la población, representaban probablemente un porcentaje aún mayor.

Los cuestionarios se realizaron en diferentes tramos horarios, que incluyeron mañana y tarde, todos los días de la semana. Se empezaron una vez que se tuvo autorización, el jueves 9 de mayo, y se terminaron el 17 de junio. Los días 6 y 7 de mayo se realizaron 10 cuestionarios de prueba, que sirvieron para validar dicha herramienta e introducir algunos cambios.

Recordamos que el horario de apertura del dispensario era de 8.30 a 14.30 horas y de 17 a 20.30 horas. Por la tarde, sólo estaba abierto de lunes a miércoles. Dada la poca afluencia de pacientes de tarde -la mayoría de pacientes que iban estaban en el Programa Libre de Drogas (PLD) y sólo realizan control de orina-, se acordó con el personal de enfermería que ellas facilitarían el cuestionario a quien quisiera hacerlo. Aún así, la entrevistadora fue tres tardes, en diferentes horarios. El número de cuestionarios realizados por el personal de enfermería fue de 8.

Los cuestionarios se tuvieron que realizar, en la mayoría de ocasiones, en el mismo momento que el paciente estaba realizando la recogida de la metadona. Se tarda unos minutos en dispensar a cada paciente. Luego es éste quien cierra cada uno de los siete botes. Aunque se les proponía hacerla al acabar, todos preferían hacerla al momento porque la mayoría manifestaba tener prisa. No les importaba que el personal de enfermería estuviera presente, tampoco que lo estuviera otro paciente porque a veces, coincidían dos pacientes en el mostrador. Si había que esperar y los pacientes a los que atendían no eran perfil por ser familiares o toma diaria, o pacientes de PLD, los que esperaban sí accedían a hacerla afuera y a solas.

Sólo siete pacientes no quisieron realizar el cuestionario. La mayoría se mostró colaborador y aunque alegaban prisas en un primer momento, luego se extendían en las respuestas. El dispensario es un lugar muy mal comunicado, y no se puede dejar el coche en las proximidades. Muchos van acompañados por otras personas que les esperan fuera; algunos van en taxi y le hacen esperar en la puerta y de ahí, el asunto de la prisa se entiende en muchos casos.

CAD 2

La mayor dificultad para realizar los cuestionarios en el CAD 2 fue su gran dispersión ho-

ría para un número pequeño de pacientes objeto de estudio. Además, de los 37 pacientes que atienden, cuatro hacían recogida cada dos semanas y en 5 casos, la recogida la efectuaba un familiar, con lo cual no entraban en nuestros criterios. Su horario de atención era de lunes a viernes, sólo con cita previa.

La entrevistadora fue al CAD 2 en tres ocasiones. En dos casos, no coincidió con ningún paciente de metadona pero en una de ellas, coincidió con 8 pacientes. El resto de entrevistas se consiguió que las realizaran profesionales del CAD 2: enfermera, auxiliar de enfermería y la trabajadora social. Aparte de 5 casos en los que la recogida la hacía un familiar, a otros dos no se les localizó y 2 se negaron. Así, en total, se realizaron 28 cuestionarios, lo que supuso un 76 % del total de la población. Las entrevistas se realizaron entre el 16 de mayo y el 21 de junio de 2013.

5. RESULTADOS

5.1 LOS CUESTIONARIOS

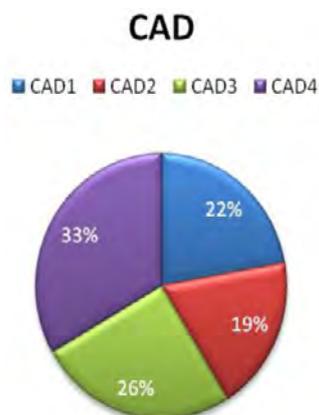
A medida que se realizaban los cuestionarios, se fueron trasladando a las tablas Excel confeccionadas a tal fin, según fueran cuestionarios del centro dispensador o del CAD 2 (ver en anexos, apartado 9.1, Tablas con los resultados de las encuestas). Una vez que se tuvieron todos los cuestionarios pasados, se extrajeron los resultados de cada uno de los dispositivos (ver en anexos, apartado 9.2, Tablas con los porcentajes de cada dispositivo). Y es con los resultados de cada dispositivo cuando finalmente se establece la comparativa de ambos.

Para realizar la comparativa, además, se igualaron los totales del CAD 2 a los totales del dispensario, es decir, se hizo una proporción para poder comparar los resultados obtenidos. Así, en ambos casos, los totales sumados eran 90.

- **Datos de identificación**

CENTRO DISPENSADOR

Se entrevistó a 75 hombres y 15 mujeres, con una edad media de 42 años. La distribución por CADs fue la siguiente:



CAD 2

Se entrevistó a 23 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 38 años.

- Datos de tratamiento



Las diferencias más notables se observan entre el período de 1-3 años, donde hay un porcentaje mayor de pacientes en el CAD 2 y en el período de 4-9 años, donde el porcentaje es mayor en pacientes del dispensario.

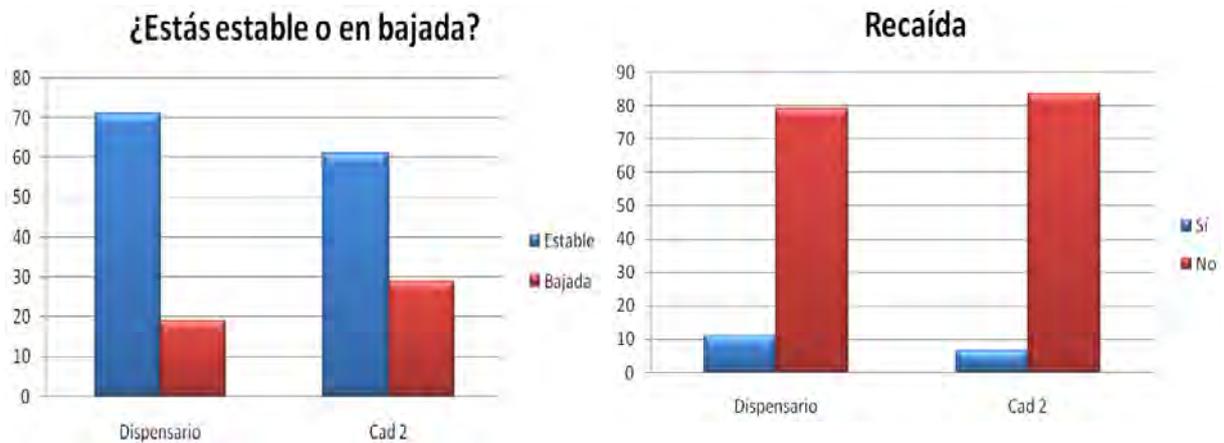
En dispensario sube el porcentaje de pacientes a medida que pasan los años mientras que la tendencia que se aprecia en el CAD 2 es mayor en los extremos y menor en el período intermedio.



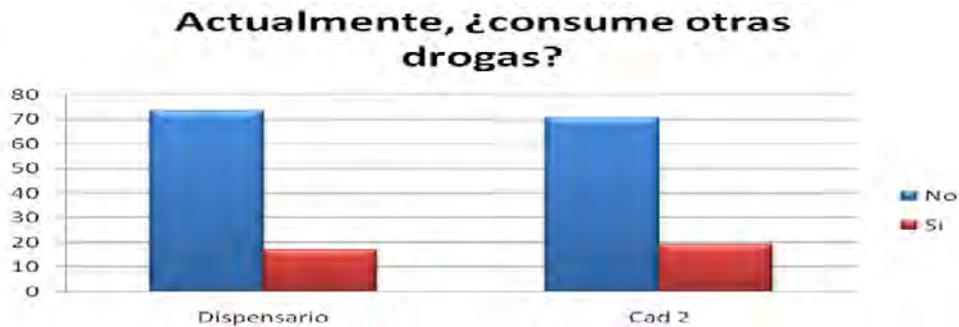
En el CAD 2 el número de pacientes va bajando a medida que sube la dosis dispensada. En el centro dispensador destacan los pacientes que toman una dosis intermedia, y el menor número de pacientes lo encontramos en la dosis más baja.



La mayoría de pacientes estaba de acuerdo con su dosis, llama la atención que es precisamente en el CAD 2 donde más disconformidades se observan y precisamente en la respuesta de que valoran que necesitarían tomar menos. En estos casos suele ser la recomendación del profesional de no ser el mejor momento para rebajar, la causa de esta discrepancia.



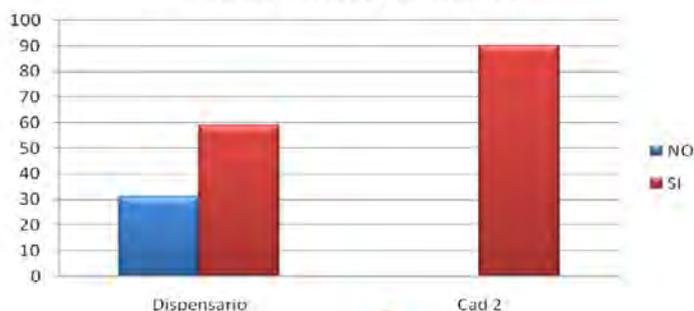
Como observamos hay un mayor número de pacientes del CAD 2 que están en bajada. Por el contrario, el número de recaídas es mayor entre los pacientes del dispensario, en casi el doble.



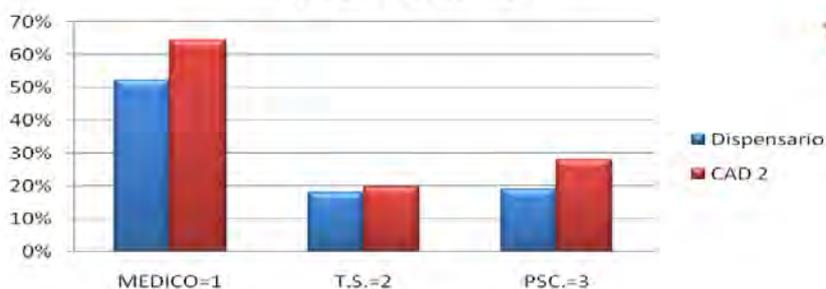
Apenas se observan diferencias en este apartado. Señalaremos que de los 90 pacientes entrevistados en el dispensario, hubo 47 respuestas afirmativas al consumo de alcohol y 36 al de cánnabis; y de los 28 entrevistados en el CAD 2, hubo 12 respuestas afirmativas al consumo de alcohol y 16 al de cánnabis. Como podemos observar en muchos casos el mismo paciente es consumidor de ambas drogas.

La especificación a estas drogas se hizo precisamente por la especial protección de que gozan a nivel social. Así, los que contestaron sí, salvo alguna excepción, se referían a otro tipo de sustancias –distintas a alcohol o cánnabis-.

Acude visitas pactadas



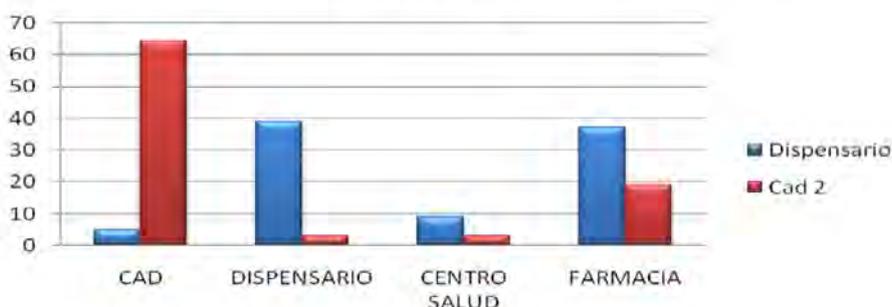
Acude a citas pactadas con los profesionales



En el caso del dispensario, de los 90 entrevistados, hay 31 que no acuden a visita con ningún profesional. Los 59 restantes, las visitas que realizan son al médico, 52 respuestas, a la trabajadora social, 18 respuestas, y al psicólogo, 19 respuestas. Como observamos, algunos visitan a más de un profesional.

En el CAD 2, la totalidad de pacientes acudía a visitas. Primero, con la enfermera o auxiliar encargada de dispensarle semanalmente la metadona. En este caso, encontramos 23 respuestas de pacientes que acude también al médico, 7 a la trabajadora social y 10 al psicólogo. También los hay que visitaban a más de un profesional.

Método de dispensación que más le interesa



El CAD 2 prefiere, en la mayoría de casos, la dispensación en el mismo lugar donde la realiza, el CAD, y como segunda opción, aunque con un porcentaje mucho menor, en farmacia.

El dispensario prefiere el dispensario seguido de manera muy igualada a la recogida en farmacia. En este caso, el porcentaje de pacientes interesados en la recogida en el CAD es muy bajo. Una posible explicación es que el dispensario se encuentra ubicado precisamente entre el CAD 1 y el CAD 3. Por eso, los pacientes apenas aprecian diferencia. Pensamos que la mayoría de las 5 respuestas afirmativas a este dispositivo, se dan en pacientes del CAD 4.

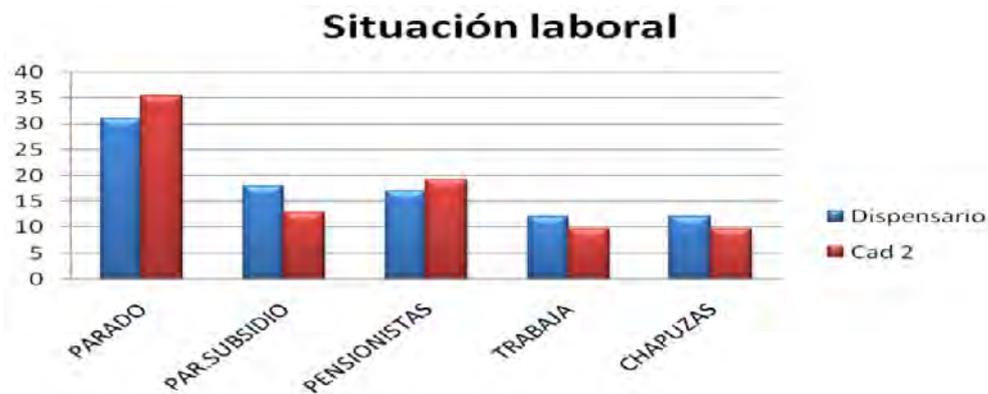
Como observamos, el centro de salud era la opción menos elegida en ambos casos.

PUNTUACIÓN

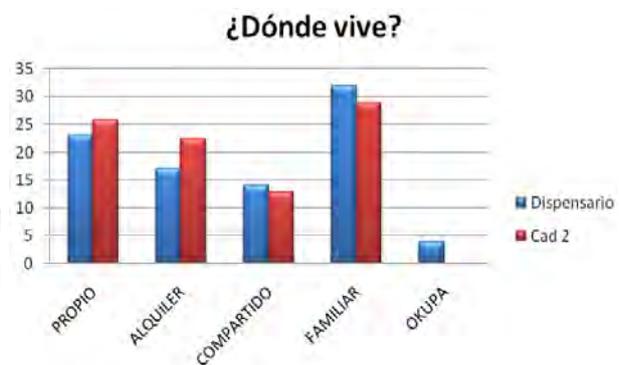
Curiosamente, el grado de satisfacción de cada participante con su CAD ha coincidido en ambas valoraciones. El resultado ha sido de 4,36 sobre 5, en pacientes del CAD 2 y en pacientes entrevistados en el dispensario.

Llama la atención positivamente que a pesar de ser pacientes “muy quejicas” en muchas ocasiones, las puntuaciones que han dado han sido altas.

- **Situación personal**



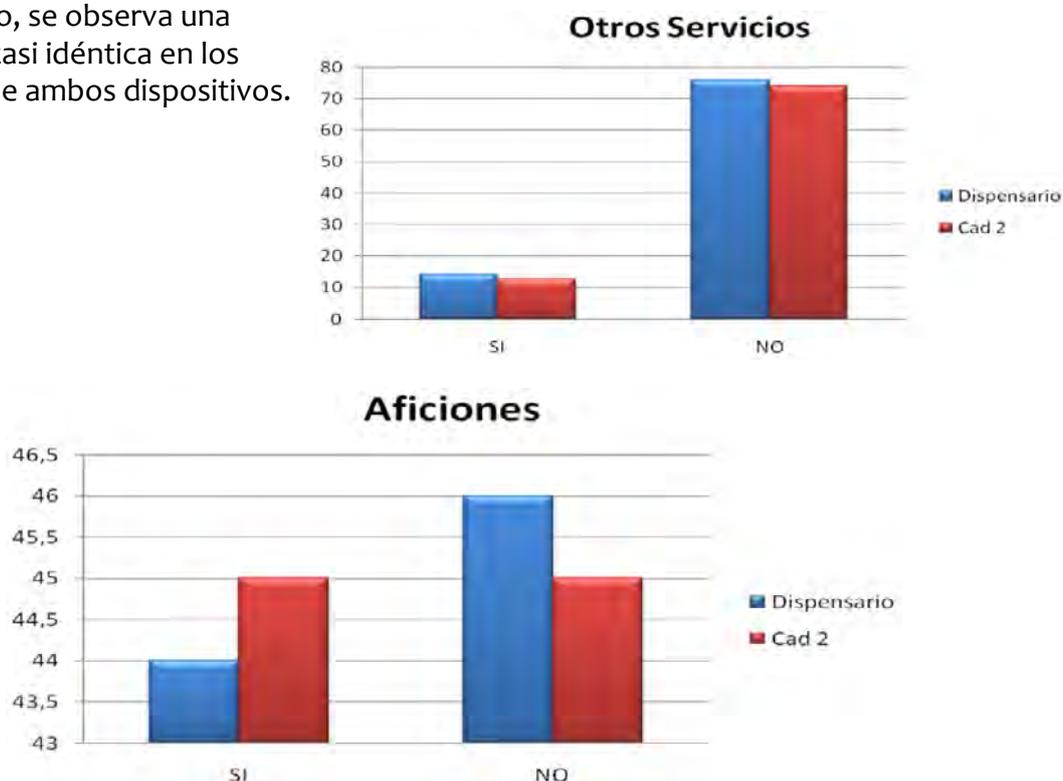
La característica más relevante que se observa en esta variable es la similitud de porcentajes en todas las respuestas posibles. Predominan en ambos dispositivos aquellos usuarios que se encuentran parados seguidos, aunque de manera más minoritaria, de los pensionistas y los parados con algún tipo de subsidio.



De nuevo, se observa una tendencia muy similar en las distintas posibilidades de respuesta de ambos dispositivos. Predominan los pacientes que viven con su familia propia, seguidos de los que viven con su familia de origen.

El lugar de residencia mayoritario es la casa familiar. Se incluían aquí pacientes que vivían con su familia de origen y algunos que a pesar de tener su propia familia, vivían también en la casa familiar por diferentes motivos.

De nuevo, se observa una tendencia casi idéntica en los pacientes de ambos dispositivos.



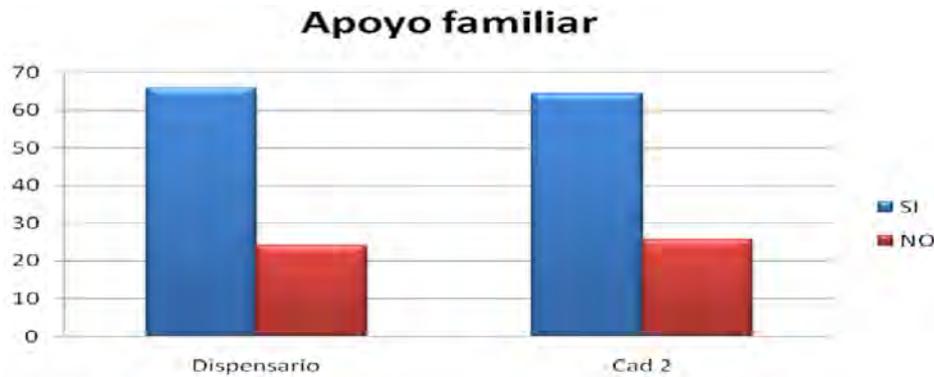
Las repuestas son prácticamente idénticas: en el CAD 2 existe un “empate” entre los usuarios que sí tienen algún tipo de afición y los que no. Y en el dispensario sólo se varía en dos respuestas: 44 que sí frente a 46 que no.

HOBBIES

De todas las respuestas afirmativas recibidas, se elaboró un listado con los hobbies que los participantes dijeron tener. De entre estas destacamos:

- Caminar: 10
- Jugar al fútbol: 9
- Ir al gimnasio: 8
- Ir en bicicleta: 7
- Ir al campo: 6
- Internet: 5
- Lectura: 4
- Música y pesca: 3

- Caza, gallos de pelea, nadar, practicar artes marciales, tocar la guitarra, montar a caballo: 2
- Otros: fotografía, vela, buceo, “ball de bot” (baile tradicional de Mallorca), hockey, petanca, restauración de muebles.



Se repite la tendencia a las respuestas prácticamente iguales en los dos dispositivos, tanto en las opciones de sí o no.

PUNTACIÓN

La media resultante entre los pacientes del dispensario es de 2,97 frente al 2,89 del CAD 2; en ambos casos, sobre un máximo de 5. Podemos señalar que en la mayoría de casos, los pacientes se quejaban de la falta de empleo para poder tener una mejor situación.

5.2 LAS ENTREVISTAS

Las entrevistas a los profesionales se realizaron previa solicitud de colaboración y en el día y fecha acordados. Se realizaron en un despacho junto al dispensario de metadona, su lugar de trabajo, a la enfermera y a la auxiliar de enfermería, el 21 de mayo de 2013. Al médico del CAD 2, y también el coordinador de dicho CAD, y a la enfermera, el 30 de mayo de 2013, en el CAD donde ambos trabajan. Todas las entrevistas fueron grabadas y con audio y posteriormente transcritas.

La entrevista con el médico fue especialmente relevante por su amplia experiencia laboral en este ámbito. Lleva 11 años trabajando en el mismo CAD. Las enfermeras llevaban una media de 2 años y la auxiliar hacía un año que estaba en este puesto, si bien podía aportar datos interesantes ya que con anterioridad, fue la sustituta de la auxiliar del CAD 2, por lo que conocía directamente ambos dispositivos.

Lo que se pudo extraer después de haber realizado todas las entrevistas es que los cuatro profesionales coincidían y abogaban, en base a su experiencia, por la dispensación en los centros de referencia. Para todos ellos, ésa era la dispensación que favorecía una mayor adherencia y un mejor pronóstico en el tratamiento. Se basa, sobre todo, en la relación más íntima, confidencial y personal que se podía establecer con el paciente. Se posibilita un seguimiento más estrecho e individual y se trabajan más directamente aspectos motivacionales.

Entre todo lo que comentaron en las entrevistas, podemos destacar que la enfermera no actúa de referente “oficial” con los pacientes, pero sí sería positivo que pudiera serlo en algunos casos de los que ya atiende y, de hecho, señala la enfermera del CAD 2, muchos la sienten como la referente pues es la profesional a la que visitan semanalmente y con la que realizan el auténtico seguimiento. A su profesional de referencia lo veían a veces sólo cada mes o cada dos meses.

Tanto ella, como las otras dos entrevistadas, coincidían en que sería positivo que el personal de enfermería pudiera estar más implicado en el tratamiento de los pacientes. La auxiliar añadió que atendía desde el dispensario a un conjunto de pacientes muy integrados a nivel social, y estables en su tratamiento, que tomaban dosis muy bajas y que serían candidatos para otro tipo de tratamiento más normalizado como por ejemplo el suboxone –tratamiento en pastillas-. Pero dadas las limitaciones de sus intervenciones y la falta de contacto o coordinación con los CADs, no podían proponerlos.

El personal de enfermería abogaba por un modelo que favoreciera la educación para la salud y aunque la realizaban en ambos dispositivos, donde más ampliamente la podían desarrollar era en el CAD de referencia, dadas las características del lugar de atención. Desde el mostrador del dispensario, sin ninguna intimidad, era bastante complicado. Y entre estas intervenciones, que hacían en mayor o menor medida, comentaron la importancia del seguimiento de la salud, de la dieta, de hábitos de salud en general, de ejercicio físico, de prevención de transmisión de infecciones, de cumplimiento de tratamiento y consejos para una mejor toma de la medicación.

La enfermera del CAD 2 remarcó la importancia de poder aprovechar la visita que el paciente tenía que realizar semanalmente para recoger la medicación, para trabajar toda una serie de aspectos motivacionales y reforzadores que ayuden al paciente a afianzar su proceso. Un aspecto de especial relevancia es cuando los pacientes perciben que se tiene interés en ellos, que se les acompaña, que se les pregunta sobre lo que se habló en la última sesión.

Para la enfermera del dispensario, las características del lugar de atención del dispensario eran el principal hándicap para poder establecer una relación terapéutica con los pacientes e incidía en la importancia de poder atender con más intimidad y desde un despacho.

Las dos profesionales del centro dispensador coincidían cuando afirmaban que ellas no se sentían parte del equipo terapéutico que hacía el seguimiento de los pacientes. Se referían a que cada una de ellas estaba adscrita “oficialmente” a un CAD, aunque su ubicación fuera el dispensario. Los pacientes tampoco las percibían como parte de este equipo, sino como un recurso externo al trabajo del CAD. Por ello, era más difícil poder intervenir en su proceso terapéutico, aunque lo hacían, si bien a nivel individual y no desee una perspectiva de equipo. Planteaban, además, que sería muy positivo poder coordinarse más con los CADs para trabajar juntos algunas de las incidencias que pasaban a los CADs sobre pacientes.

La enfermera del dispensario y el médico del CAD 2 coincidían al manifestar que los pacientes plantean todo tipo de cuestiones. En el CAD 2 se les podía dar respuesta casi inmediatamente porque aunque fueran demandas propias de otros profesionales, por ejemplo de la trabajadora social, esta estaba allí y se le podía consultar. Esto no pasaba en el dispensario, donde el personal podía no tener la respuesta y el paciente no podía plantearse ir a

su CAD para hacer la consulta.

Todo el personal de enfermería confirmó que observaba mejorías en los pacientes que atiende. La enfermera del CAD 2 las observaba gracias a la atención semanal que ofrecía; la auxiliar, sobre todo, a nivel social y cambios en la manera de relacionarse con ellas a medida que ganaban confianza; y la enfermera del dispensario volvió a remarcar el tema de la confianza. Las mejorías eran visibles con pacientes con los que tenían confianza y que contaban con ellas para comentar ya no sólo aspectos de su tratamiento, sino cualquier otro que les suscitaba preocupación. Comentó cómo había tenido pacientes muy difíciles en el trato que a base de verse semanalmente y de ganarse su confianza, poco a poco, habían cambiado su actitud y ahora acudían de una manera mucho más relajada.

Para la auxiliar, que había trabajado en ambos dispositivos, el modelo del CAD 2 era el que ofrecía unas mejores garantías y permitía establecer un mayor trato y contacto con el paciente. Ella consideraba que el modelo del dispensario ofrecía toda una serie de limitaciones en comparación con el otro modelo. Y aportó otro dato de interés: hay un perfil de pacientes para los que la relación más distante del dispensario era más facilitadora que la del CAD 2, en la que se tenía más intimidad. A este respecto, la enfermera del CAD 2 señaló que habían incorporado pacientes acostumbrados a la recogida en el dispensario que aunque al principio vivieron el cambio con cierta inquietud, se habían adaptado y habían respondido positivamente.

Con respecto a las cuestiones planteadas al médico del CAD 2, manifestó que a la hora de elegir dispositivo, siempre intentaba buscar el más normalizado, que para él era el del CAD y que además, iba a facilitar un mejor proceso al paciente.

El médico atendía a pacientes que hacían recogida en ambos dispositivos y entre las diferencias que observaba en unos y otros pacientes, comentó que los de recogida en el CAD tienen un mayor compromiso e implicación en su tratamiento. Además, los profesionales podían llevar a cabo más control y supervisión sobre ellos, lo que a la vez incidía en que estos se implicaran más; era un todo que se retroalimentaba.

El médico del CAD 2 siempre ha abogado y apostado por el modelo de dispensación descentralizado. Lo conocía bien y sabía sus ventajas de primera mano. Repite que este modelo representaba una mayor eficacia y resultados en los pacientes que requerían ser atendidos semanalmente para hacer la recogida de su medicación.

Como conclusión, se pudo concretar que todos los profesionales que trabajaban directamente con pacientes de metadona abogaban por el modelo del CAD 2, por todas las ventajas que ofrecía en comparación con la recogida en el dispensario. Ésta era una idea recurrente en las entrevistas realizadas. Los profesionales podían tener más contacto con ellos y realizar un seguimiento mucho más intenso. Y los pacientes se implicaban más en su propio proceso. Todo, en conjunto, hacía que se favoreciera la premisa señalada al inicio: la metadona dispensada en los centros de referencia, favorece una mayor adherencia al tratamiento y un mejor pronóstico. Se cumpliría así la hipótesis principal de esta investigación.

6. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos de los cuestionarios, no podíamos confirmar o refutar la hipótesis planteada: que los pacientes atendidos en su centro de referencia, con una atención más personalizada, presentaban una mayor adherencia al tratamiento. Tal vez con una muestra más grande, sobre todo del CAD 2, se hubiera podido apreciar alguna diferencia. Recordemos que el total de entrevistados en el dispensario fue de 90 pacientes, un 37 % del total y 28 pacientes en el caso del CAD 2, lo que representaba un 76 % del total. No obstante, sí que nos pareció significativa la gran similitud de los resultados obtenidos al comparar uno y otro dispositivo.

Algunas de las pequeñas tendencias observadas de los datos obtenidos fueron las siguientes: en el CAD 2, el número de pacientes descendía a medida que subía la dosis. Esto pudo ser porque realizaban *decalajes* y procesos motivacionales con los pacientes para que no se hicieran crónicos tomando dosis altas. De hecho, en el CAD 2, se observaron muchos más *decalajes* que los que se apreciaron en el dispensario. También en el CAD 2, las recaídas eran menores a las que se producían en el dispensario.

Aunque sin duda, la mayor diferencia observada fue la atención recibida por los profesionales. En el CAD 2 todos los pacientes eran visitados, además de por enfermera o la auxiliar de enfermería, por algún otro profesional y en muchos casos, por más de uno. En el dispensario había un número muy elevado que no visitaba a ningún profesional de su centro de referencia y el resto lo hacía solamente al médico, en la mayoría de los casos.

Aparte del resultado de los cuestionarios, contamos con otro elemento de análisis. Nos referimos a las entrevistas realizadas a los profesionales: a la enfermera del CAD 2, al médico-coordinador del CAD 2, y a una enfermera y una auxiliar de enfermería del dispensario. En base a su experiencia, y desde las diferentes perspectivas que les ofrecían sus puestos de trabajo, todos coincidieron. Los cuatro profesionales abogaron y defendieron un modelo de dispensación en los diferentes centros de referencia. Para todos ellos, ésa era la dispensación que favorecía una mayor adherencia y un mejor pronóstico en el tratamiento. Se basa, sobre todo, en la relación más íntima, confidencial y personal que se puede establecer con el paciente. Se posibilita un seguimiento más estrecho e individual y se trabajan más directamente los aspectos motivacionales.

Aun sin haber podido demostrar, cuantitativamente, la hipótesis planteada con datos numéricos objetivos, seguimos defendiendo, como así hicieron los diferentes profesionales entrevistados, un modelo de dispensación más individualizado, personalizado y centrado en la persona, en sus necesidades y características particulares. En contraposición de otros modelos más generales, como el del dispensario, donde se atiende de manera uniforme a todos los pacientes. Donde el personal varía y no se puede establecer una relación terapéutica como sí ocurre en otros dispositivos como el de aquí comparado, el CAD 2, en el cual todos los pacientes eran atendidos semanalmente por la misma profesional, en un espacio íntimo y privado.

7. PROPUESTAS INNOVADORAS

A raíz del trabajo realizado, se valora que una línea de investigación muy valiosa, sería poder **cruzar las variables analizadas**. Esto nos permitiría conocer algunas características de los usuarios y establecer una diferenciación por CADs.

Cada año, al hacer la memoria, existe un criterio general que todos conocemos: número de pacientes visitados. Sin embargo, no se valora la mayor o menor adherencia al tratamiento conseguida con los pacientes, ni la calidad del servicio. Este cruce de variables permitiría conocer, entre otros y en relación a pacientes que toman metadona, el porcentaje de recaídas o de consumo actual de otras drogas y relacionarlas por CADs.

Se valora necesario que en las memorias se tengan en cuenta otros aspectos, además de los cuantitativos. Aspectos que incidan en un mejor tratamiento y calidad de vida. Para ello, quizá se tendría que cambiar la metodología y no se duda que la atención individualizada a la hora de dispensar la metadona ayudaría. Se podría, entre otros, animar a hacer *decalajes* –bajadas supervisadas de la dosis de metadona-, o intervenir rápidamente en el momento que haya una recaída. También proponer otros tratamientos más normalizados: por ejemplo, sustituir la metadona por pastillas.

Se sabe que los datos que se han de presentar, muchas veces, guían los comportamientos de los profesionales. Así, focalizar la atención profesional en otros indicadores, además de los cuantitativos, seguramente ayudaría también a conseguir unos mejores resultados de tratamiento.

Otra línea a señalar es la conveniencia de tener los datos actualizados respecto a los usuarios que toman la metadona en cada uno de los dispositivos. Esta anomalía ha dificultado establecer un porcentaje acertado y pone en evidencia la falta de rigurosidad en este campo. Sería positivo, además, establecer un mínimo de coordinación con los centros de salud y farmacias que dispensan, y aprovechar la información que dichos servicios pueden aportar, además de mostrar interés por el trabajo realizado con “nuestros pacientes”. Aunque con el metabús, la relación al menos telefónicamente existe, sería igualmente positivo poder establecer algún mecanismo de coordinación, aunque fuera sólo una vez al año.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2009). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV edición revisada*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2001). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Alcohol, cocaína, opiáceos*. Barcelona: Ars Medica.

Arias, F., Castillo, C., Fernández, J.J., Roncero, C., Rovira, M.A. y Secades, R. (2008). *Opiáceos. Guías Clínicas Sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Valencia: Sociodrogalcohol.

Bobes García, J. y Bobes Bascarán, M.T. (2012). “Efectividad a largo plazo de los tratamientos de mantenimiento con metadona en personas con adicción a derivados opiáceos”. En *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, volumen 24, nº 3, pp. 179-184.

Conferencia Internacional sobre Cuidados Básicos en Salud, Alma Alta, USSR, 6-12 septiembre 1978.

Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social de las Islas Baleares (2012). Sistema estatal de información permanente sobre adicción a drogas (SEIPAD). *Resultados del indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y del indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en las Islas Baleares. Informe año 2011*. Dirección General de Salud Pública y Consumo.

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía. (2005). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Díaz, T., Espín, M., Gutiérrez, E., Monte, M. y Rodríguez, C. (1999). *Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos*. Asturias: Laboratorios Lilly Psiquiatría.

Fernández, J.J y Torrens, M. (2005). *Monografía Opiáceos*. Valencia: Sociodrogalcohol.

Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V. et al. (1989). *Drug Abuse Treatment: A Natural Effectiveness*. North Carolina: University of North Carolina Press, Chapel Hill.

Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA) (1999). *Principios de de tratamiento para la Drogadicción: Una guía basada en investigaciones*. Washington: U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Ley 4/1997, de 9 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas. Boletín oficial de la Junta de Andalucía, 83, de 19 de julio de 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007) *Guía sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (1989). *Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria*. Ginebra: OMS.

Seidenberg, A. y Honegger, U. (2000). *Metadona, heroína y otros opioides. Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides*. Madrid: Díaz de Santos.

Simpson, D. y Sells, S. (1982). "Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program". En *Journal Addictive Diseases*, volumen 2, pp. 7-29.

Torrens, M. (2001). *La eficacia de los tratamientos sustitutivos con opioides. Revisión de la evidencia científica. Diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas basados en la evidencia*. Cádiz.

9. ANEXOS

9.1 Tablas con los resultados de las encuestas

Resultados Centro Dispensador

DATOS	IDENTIFICACION	CENTRO DISPENSADOR
	TOTAL	
SEXO	HOMBRE	75
	MUJER	15
EDAD	PROMEDIO	42,45555556
CAD	CAD1	20
	CAD2	17
	CAD3	23
	CAD4	30

TRATAMIENTO

¿Cuánto	1-3 años	19
Tiempo toma	4-9 años	34
metadona?	Más 10 años	37

¿Cuál	Menos 20mg	16
es su	20-50mg	41
dosis?	Más 50mg	33

¿Cree que	Sí	86
su dosis	No - subir	1
es correcta?	No - bajar	3

¿Está estable o en bajada?	Estable	71
	Bajada	19

	Sí	11
Recaída		
	No	79

Actualmente	No	73
¿consume	Si	17
otras	OH	47
drogas?	THC	36

ACUDE	NO	31
VISITAS		
PACTADAS	SI	59

MEDICO=1	52
T.S.=2	18
PSC.=3	19

METODO DE	CAD	5
DISPENSACION	DISPENSARIO	39
QUE MAS	CENTRO SALUD	9
LE INTERESA	FARMACIA	37

PUNTUACION AL CAD
DEL 1-5 =

4,36666667 PROMEDIO

SITUACIÓN		PERSONAL	
SITUACION LABORAL	}	PARADO	31
		PAR.SUBSIDIO	18
		PENSIONISTAS	17
		TRABAJA	12
		CHAPUZAS	12
¿ CON QUIÉN VIVE ?	SOLO	19	
	PAREJA	16	
	FAMILIA	28	
	FAMI D ORIGEN	26	
	AMIGOS	1	
	OKUPAS	0	
¿DÓNDE VIVE?	PROPIO	23	
	ALQUILER	17	
	COMPARTIDO	14	
	FAMILIAR	32	
	OKUPA	4	
OTROS	SI	14	
SS	NO	76	
AFICIONES	SI	44	
	NO	46	
APOYO FAMILIAR	SI	66	
	NO	24	
SU SITUACION ACTUAL DEL 1 AL 5 =		2,97777778 PROMEDIO	

Resultados CAD 2

DATOS	DE	IDENTIFICACION	CAD 2
		TOTAL	
SEXO	HOMBRE		23
	MUJER		5
EDAD	PROMEDIO		37,96428571
CAD	CAD1		0
	CAD2		28
	CAD3		0
	CAD4		0

TRATAMIENTO

¿Cuánto Tiempo toma metadona?	1-3 años	10
	4-9 años	7
	Más 10 años	11

¿Cuál es su dosis?	Menos 20mg	11
	20-50mg	10
	Más 50mg	7

¿Cree que su dosis es correcta?	Sí	25
	No - subir	1
	No - bajar	2

¿Está estable o en bajada?	Estable	19
	Bajada	9

Recaída	Sí	2
	No	26

Actualmente ¿consume otras drogas?	No	22
	Si	6
	OH	12
	THC	16

ACUDE VISITAS PACTADAS	NO	0		
			MEDICO=1	23
	SI	28	T.S.=2	7
			PSC.=3	10

METODO DE DISPENSACION QUE MAS LE INTERESA	CAD	20
	DISPENSARIO	1
	CENTRO SALUD	1
	FARMACIA	6

PUNTUACION AL CAD
DEL 1-5 =

4,366666667 PROMEDIO

SITUACIÓN PERSONAL

SITUACION LABORAL

PARADO	11
PAR.SUBSIDIO	4
PENSIONISTAS	6
TRABAJA	3
CHAPUZAS	3

¿ CON QUIÉN VIVE ?	SOLO	5
	PAREJA	5
	FAMILIA	10
	FAMI D ORIGEN	8
	AMIGOS	0
	OKUPAS	0

¿DÓNDE VIVE?	PROPIO	8
	ALQUILER	7
	COMPARTIDO	4
	FAMILIAR	9
	OKUPA	0

OTROS	SI	4
SS	NO	23

AFICIONES	SI	14
	NO	14

APOYO FAMILIAR	SI	20
	NO	7

SU SITUACION ACTUAL DEL 1 AL 5 =

2,892857143	PROMEDIO
-------------	----------

9.2 Tablas con los porcentajes de cada dispositivo

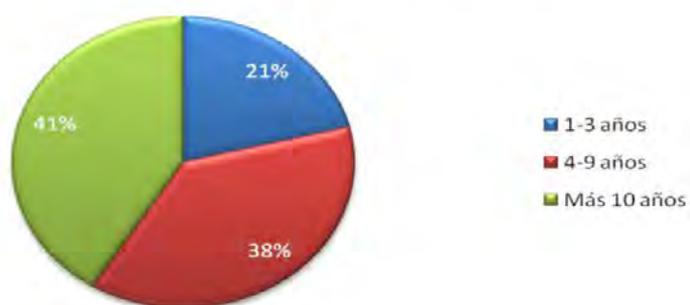
Porcentajes Centro Dispensario

*Datos de identificación

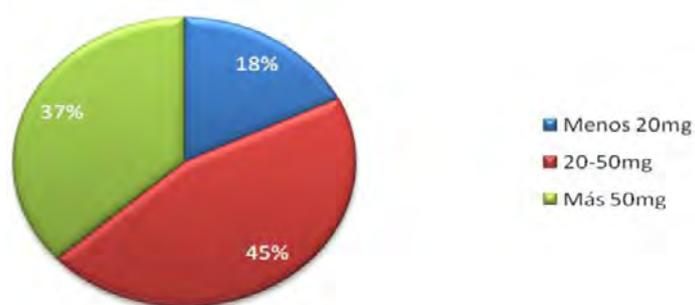


*Datos de tratamiento

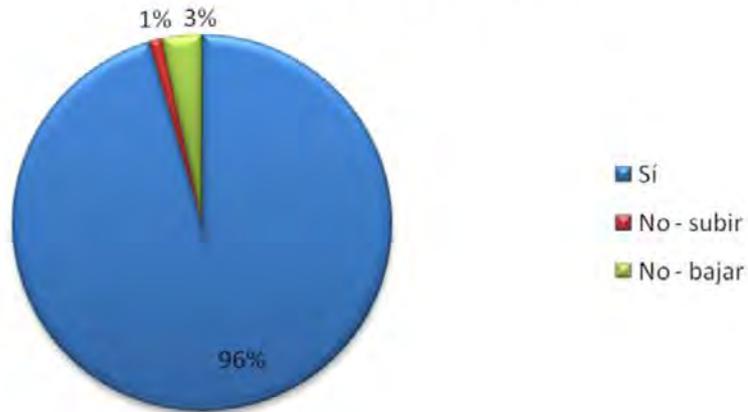
¿Cuánto tiempo toma metadona?



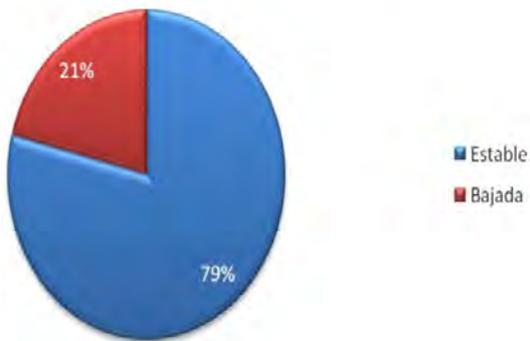
¿Cuál es su dosis?



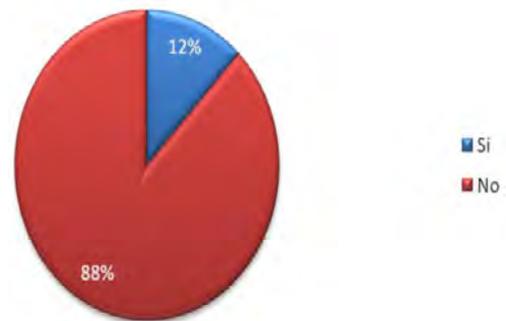
¿Cree que su dosis es correcta?



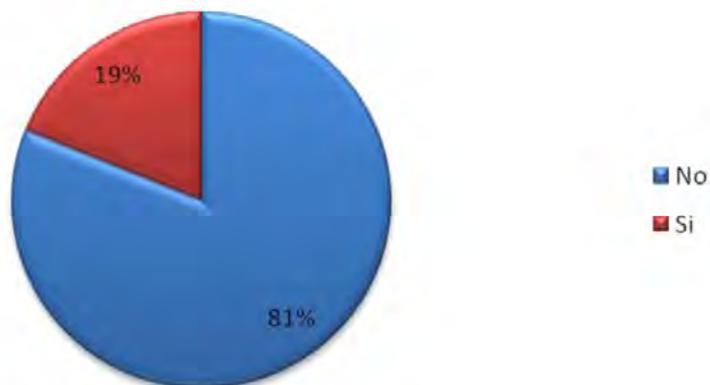
¿Está estable o en bajada?



Recaída



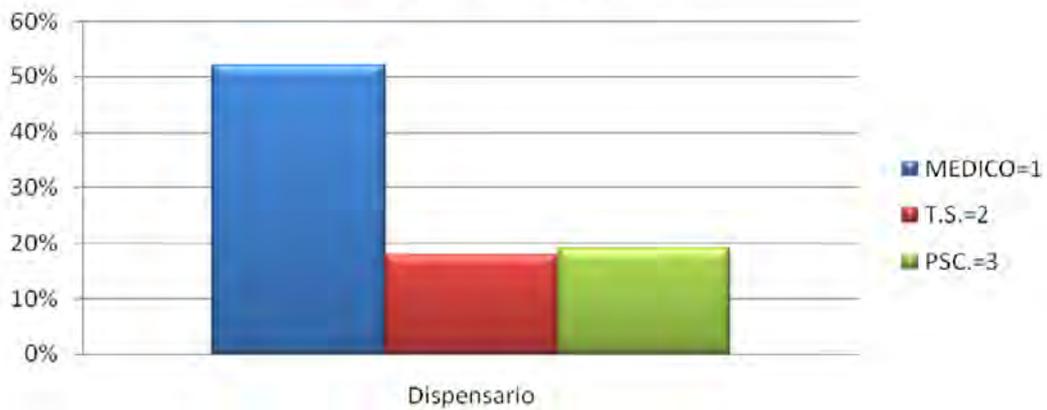
Actualmente ¿consume otras drogas?



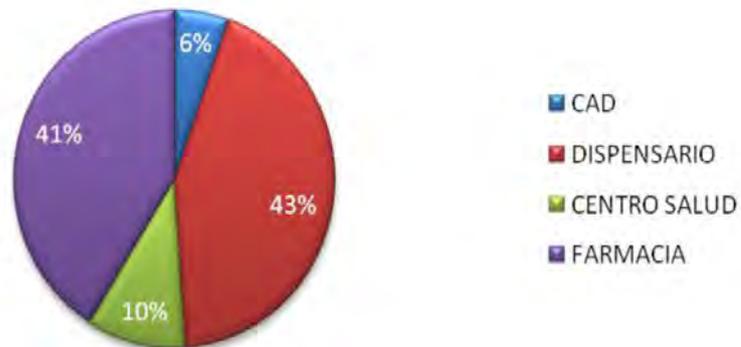
Acude a visitas pactadas



Acude a citas pactadas con los profesionales

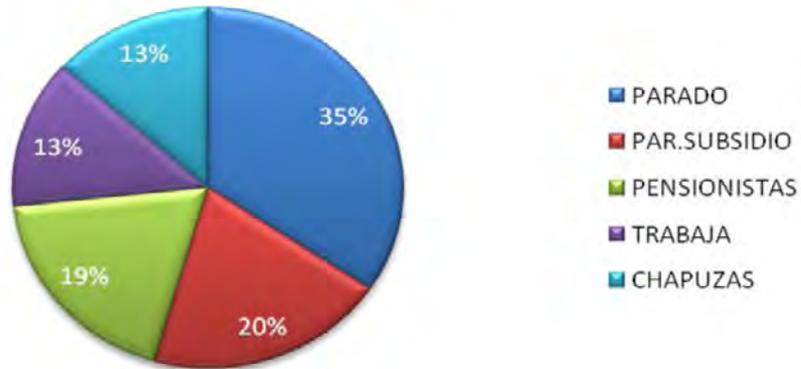


Método de dispensación que más le interesa

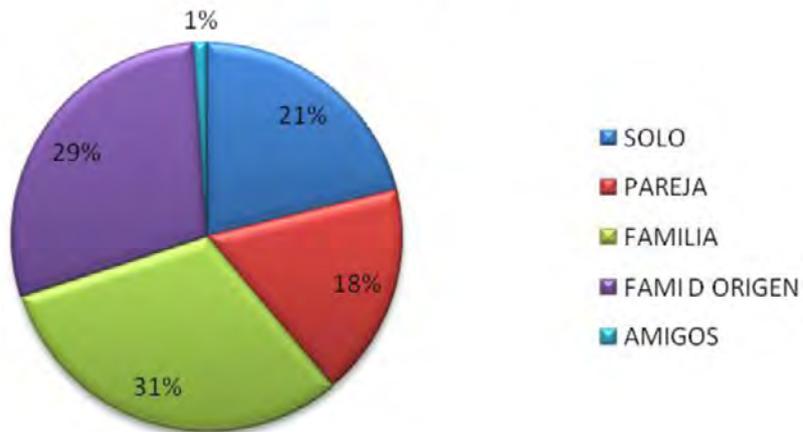


*Situación personal

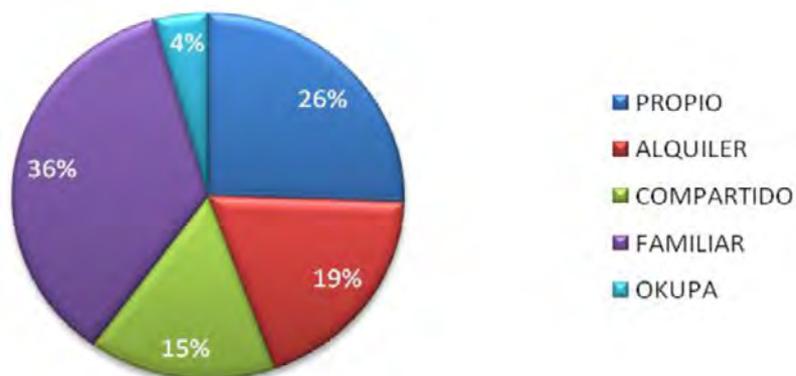
Situación laboral



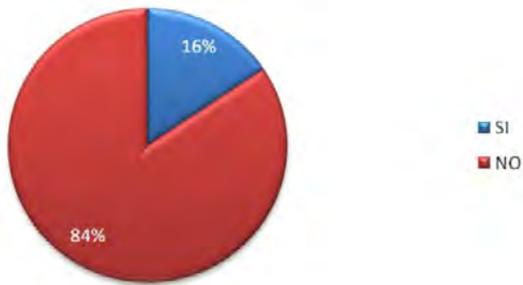
¿Con quién vive?



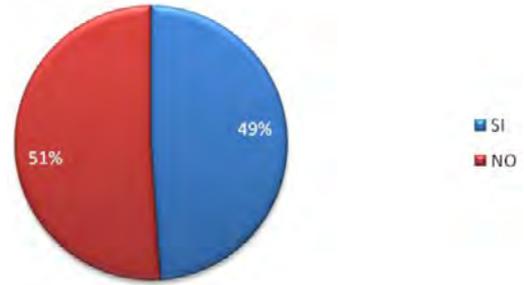
¿Dónde vive?



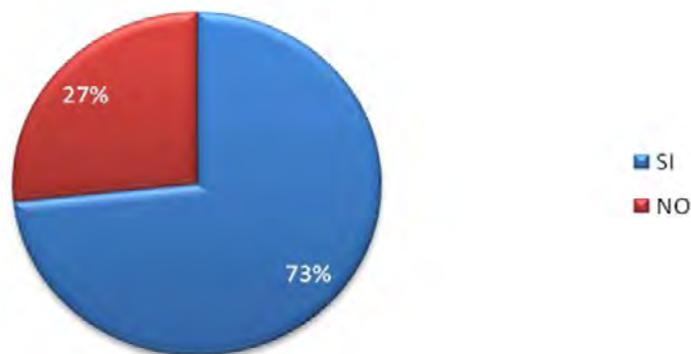
Otros Servicios



Aficiones



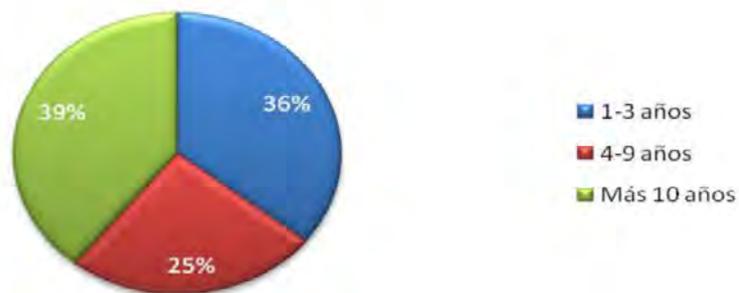
Apoyo familiar



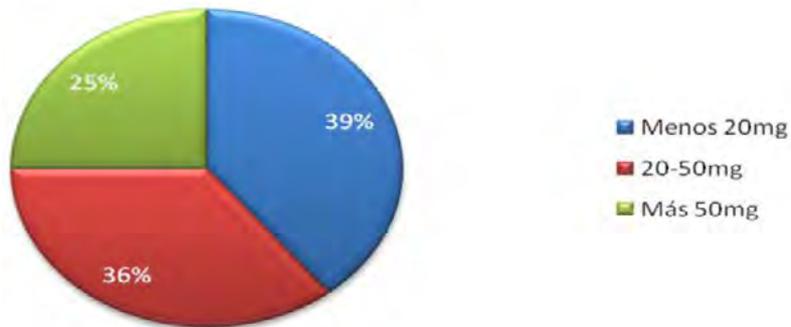
Porcentajes CAD 2

*Datos de tratamiento

¿Cuánto tiempo hace que toma metadona?



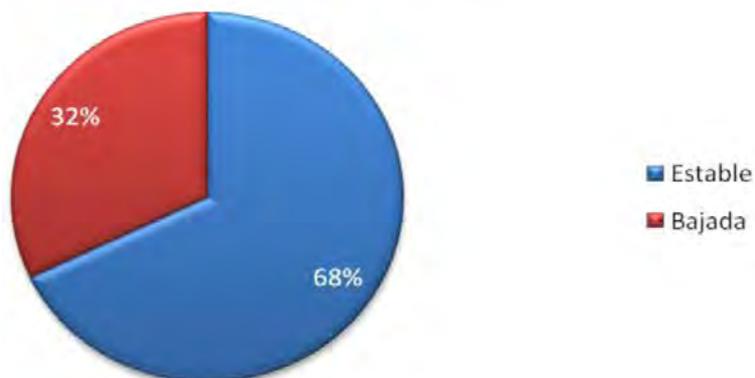
¿Cuál es su dosis?



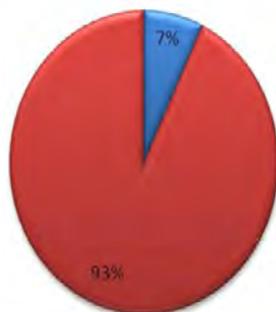
¿Cree que su dosis es correcta?



¿Está estable o en bajada?



Recaída



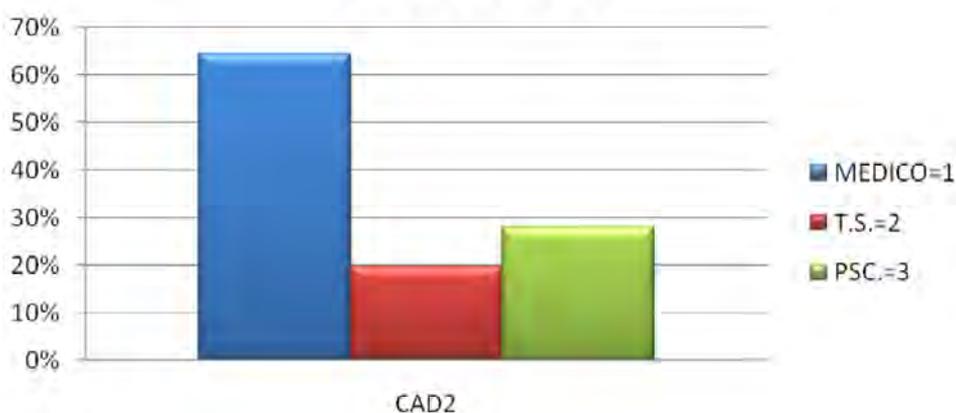
Actualmente, ¿consume otras drogas?



■ Si
■ No

■ No
■ Si

Acude a citas pactadas con los profesionales

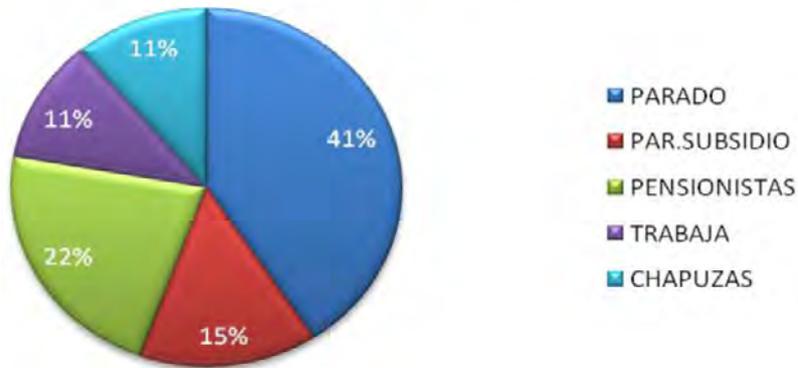


Método de dispensación que más le interesa

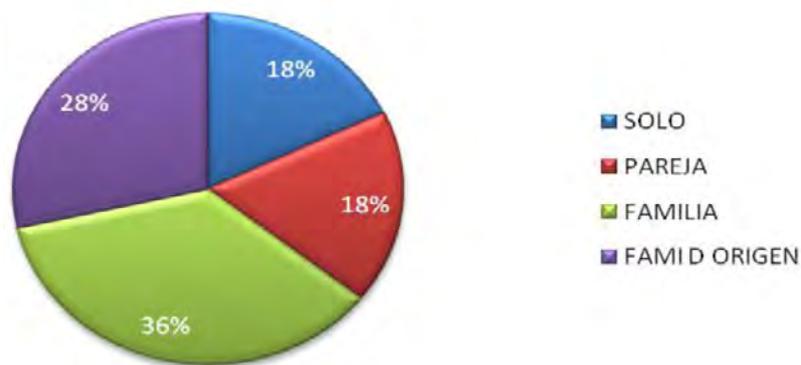


*Situación personal

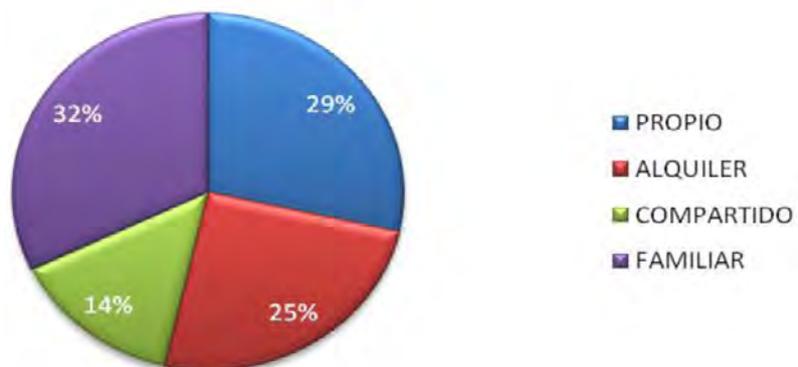
Situación laboral



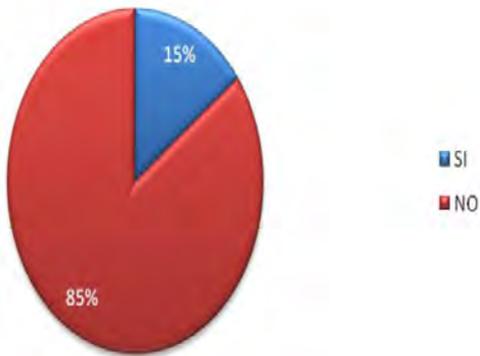
¿Con quién vive?



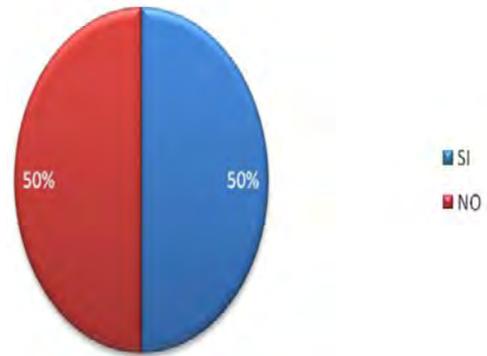
¿Dónde vive?



Otros Servicios



Aficiones



Apoyo familiar

