

unir

UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Comparativa sobre dos modelos de dispensación de metadona

Trabajo fin de grado presentado por: Antonia Castillo Blázquez

Titulación: Grado en Trabajo Social.
Adaptación

Línea de investigación: Trabajo Social

Director/a: Graciela Padilla Castillo

Ciudad
[Seleccionar fecha]
Firmado por:

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.4. Intervención Social

A Walter, Chechu, Paco, Raúl, que fallecieron, por recordarme que todo lo posible a veces no es suficiente, pero es imprescindible.

Resumen:

El consumo de drogas constituye un problema de índole social y sanitario en nuestras sociedades. En el caso de los heroínómanos, el mayor impacto social se produjo en la década de los noventa, a causa de la expansión del VIH y del gran número de fallecimientos por sobredosis.

Hoy, los consumidores de heroína, forman un colectivo cada vez más homogéneo y estable. Apenas aparecen nuevos casos pero los ya atendidos tienden a hacerse crónicos en los servicios. Suelen ser pacientes que toman metadona como parte de su tratamiento y para ello, deben desplazarse semanalmente al dispositivo que se les asigne.

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.

Palabras clave:

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

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCION | 6 |
| 1.1. Justificación del tema..... | 6 |
| 1.2. Planteamiento del problema..... | 11 |
| 1.3. Objetivos..... | 14 |
| | |
| 2. MARCO TEORICO | 16 |
| 2.1. Introducción..... | 16 |
| 2.1.1. Riesgos del consumo de heroína..... | 17 |
| 2.2. Evolución del consumo de drogas..... | 18 |
| 2.2.1. Periodo preclínico..... | 18 |
| 2.2.2. Periodo clínico..... | 19 |
| 2.3. Niveles de prevención..... | 20 |
| 2.3.1. Nivel de prevención primaria..... | 21 |
| 2.3.2. Nivel de prevención secundaria..... | 22 |
| 2.3.3. Nivel de prevención terciaria..... | 23 |
| 2.4. Principios de tratamiento efectivos..... | 23 |
| 2.5. Criterios diagnósticos..... | 24 |
| 2.5.1. Abuso o consumo perjudicial de opiáceos..... | 24 |
| 2.5.2. Dependencia de opiáceos..... | 25 |
| 2.5.3. Intoxicación por opiáceos..... | 26 |
| 2.5.4. Abstinencia a opiáceos..... | 26 |
| 2.6. Contextos de tratamiento..... | 27 |
| 2.7. Programas de tratamiento con agonistas opiáceos..... | 28 |
| 2.7.1. Programas de Mantenimiento con Metadona. PMM..... | 29 |
| 2.7.2. Criterios de indicación..... | 31 |
| 2.7.3. Mantenimiento y desintoxicación..... | 31 |
| 2.7.4. Efectividad de los PMM..... | 34 |
| | |
| 3. MARCO METODOLOGICO | 37 |
| 3.1. Modelos de entrevista..... | 39 |
| 3.2. Cuestionario..... | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION..... | 43 |
| 4.1. Los cuestionarios..... | 43 |
| 4.2. Resultados | 44 |
| 4.3. Valoración de las entrevistas..... | 52 |
| 5. CONCLUSIONES | 56 |
| 6. PROSPECCION E INCIDENCIAS | 58 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 61 |
| 8. ANEXOS..... | 63 |
| 8.1. Tablas con los resultados de las encuestas..... | 63 |
| 8.2. Tablas con los porcentajes de cada dispositivo..... | 68 |
| 8.3. Transcripción de las entrevistas..... | 77 |

1. INTRODUCCION

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. Para ello, existen diferentes recursos que se aplicarán dependiendo del plan de trabajo individual establecido con cada paciente y siempre intentando que sea el menos restrictivo según la problemática planteada.

La elección de este tema se fundamenta en mi experiencia como trabajadora social en un Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) de Palma de Mallorca, en el que sigo trabajando. En él atendemos a toda persona o familiar que venga 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 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. Así, dependiendo del centro de salud del paciente, le corresponderá un CAD u otro. Los CADs se coordinan con los centros de salud y Unidades Básicas de Salud (UBS) de sus respectivas zonas.

Hasta hace aproximadamente dos años, la gestión de los CADs era de la Consejería de Salud. En la actualidad, la gestión ha pasado a manos del IBSALUT, el servicio público de salud de las Islas Baleares. Además, se están haciendo gestiones para que el resto de CADs de Mallorca, los de Part Forana, que atienden a los pacientes de pueblos, se integren también en la red del IBSALUT. Mientras, siguen siendo gestionados por el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS), organismo perteneciente al Consejo Insular de Mallorca.

La coordinación entre los CADs de Palma es constante. Se tienen reuniones por perfiles mensuales y también reuniones generales para tratar problemáticas comunes cuando se estima oportuno. Determinadas reuniones, informativas o de formación, se tienen también con los profesionales de los CADs del IMAS.

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.

En muchas ocasiones, la cita la pide un familiar. En otras, vienen por indicación de su abogado, ya que están inmersos en un proceso judicial y saben que hacer tratamiento les podría beneficiar. Y en otras, son derivados por profesionales de otros servicios: servicios sociales, centro penitenciario, Servicio de Protección al Menor (SPM), etc.

La vía de acceso va a ser determinante para pronosticar la motivación del paciente para hacer tratamiento porque cuanto más motivación, mejor pronóstico. Los pacientes que son derivados y “obligados a hacer tratamiento”, por ejemplo los que se atienden derivados del servicio de menores, son muy difíciles de tratar. Estos parten de la premisa de que no tienen ninguna problemática de adicción, al menos actualmente. Acuden como parte del plan de trabajo que se establece con el SPM para recuperar a sus hijos. La persona que viene motivada y concienciada va a tener una mejor adherencia al tratamiento. En el resto de casos se trabajan, sobre todo, aspectos motivacionales encaminados a promover cambios actitudinales en el paciente.

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 Europassi, 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 heroinómanos, 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 conjunto, constituiría un círculo que se retroalimenta: si mejoramos en unos aspectos, mejoramos también en los otros. Si empeoramos en unos aspectos, empeoramos también en los otros.

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.

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 petiadona, 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 por la autora de este Trabajo Fin de Grado, 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.

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 ESPECIFICOS

- 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 sería 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 realizará un cuestionario que recogerá aspectos generales de tratamiento y algunos sobre la situación personal de los usuarios de metadona de ambos dispositivos. El cuestionario se pasará 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 realizará a todos aquellos pacientes que acepten en el momento que la entrevistadora esté realizando las encuestas y cumplan dos condiciones: hacer recogida semanal -se excluyen a los pacientes de toma diaria- y estar en el programa con una antigüedad mínima de un año.

Para poder realizar los cuestionarios se ha solicitado autorización previa. Los cuestionarios se realizarán en horario de atención de ambos dispositivos, de mañana y de tarde. Anticipadamente, la entrevistadora se identificará y explicará el objeto del cuestionario.

Una vez se tengan los cuestionarios, se hará un análisis cuantitativo de los resultados obtenidos, comparando las respuestas de los pacientes de ambos dispositivos. A raíz de esta comparativa, se extraerán unas conclusiones que nos ayuden a confirmar o refutar la hipótesis inicial planteada.

2. MARCO TEORICO

2.1 INTRODUCCION

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 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.

2.1.1 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.

2.2 EVOLUCION EN EL CONSUMO DE DROGAS

2.2.1 Periodo preclínico

En esta etapa, en la que aún no se ha producido el consumo de drogas, existen tres elementos básicos (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía, 2005, p. 16):

- **INDIVIDUO:** Los diferentes aspectos que constituyen la personalidad del individuo con sus rasgos biológicos y hereditarios y sus matices psicosociales, psicológicos y psicopatológicos, pueden favorecer la demanda de drogas.
- **MEDIO AMBIENTE:** Conjunto de condiciones e influencias externas favorecedoras del consumo de drogas. Factores como la crisis sociofamiliar, los sistemas facilitadores del consumo (paro, marginación, moda, aislamientos, etc.) y elementos propios de la sociedad capitalista, favorecedores del aumento de la oferta de drogas o presencia excesiva de ellas en la comunidad (sobreproducción, numerosos puntos de venta, transporte rápido y económico, publicidad, etc.)
- **DROGAS:** Sustancias naturales o de síntesis, cuyo consumo puede generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, así como efectos perjudiciales para la salud.

La capacidad de las drogas para inducir un estado psicológicamente vivido como placentero es lo que hace, inicialmente, que el individuo desee repetir la experiencia del consumo. Entre estos estados, buscados y vividos placenteramente, caben destacar: la eliminación de sensaciones dolorosas, la euforia y los cambios en la percepción de la

realidad. Igualmente, también cobra su importancia los condicionantes sociales tales como: la entrada en un grupo, el estatus social adquirido por el consumo, rito de iniciación, etc.

La repetición en el consumo de las sustancias genera la aparición de unos efectos denominados “de estado”, donde convergen de forma importante aspectos psicosociales y neurofisiológicos. Entre estos efectos destacan la “tolerancia y la dependencia”.

2.2.2 Periodo clínico

Si los factores anteriores coinciden en un individuo susceptible y en un momento determinado, se rompe el equilibrio ecológico anterior, el no consumo, y aparece el consumo de drogas, comenzando así el período clínico. Este período se inicia, generalmente, con una fase de consumo que comienza a acarrear complicaciones cuando el consumo se hace de forma excesiva y aguda.

Entre las características que debemos saber reconocer de la dependencia y su nivel de gravedad se encuentran (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía, 2005, p. 18):

1. Deseo intenso e irreprímible de consumir la droga.
2. Disminución de la capacidad de control, una vez se inicia el consumo resulta muy difícil controlar lo que se consume. Cada día que pasa, resulta más complicado la abstinencia absoluta.
3. Síndrome de abstinencia o malestares físicos y psíquicos importantes, cuando se abandona o se disminuye mucho. Son específicos de cada sustancia.
4. Tolerancia, es decir, descubrimos que se “aguanta cada día más” o se necesita mayor cantidad de droga.
5. Abandono de otras fuentes de placer. El consumo, la búsqueda o compra de la sustancia y la vivencia de los efectos que produce tras el consumo, cada día, obliga a dejar el resto de actividades que antes se llevaban a cabo.
6. Aumento del tiempo para el consumo. Las actividades del individuo se centran en cómo conseguir la droga y consumirla.

7. Persistencia en el consumo, a pesar de conocer los efectos perjudiciales. No se deja el consumo o no se encuentra la manera de hacerlo, aunque se va descubriendo que ocasiona disputas familiares y sociales y riesgos para el mantenimiento de su trabajo.

2.3 NIVELES DE PREVENCIÓN

Un plan de intervención deberá estar capacitado para colocar barreras en diferentes puntos del continuo no consumo-dependencia de drogas. Estas barreras se denominan niveles de prevención y se agrupan en:

- Nivel de Prevención Primaria.
- Nivel de Prevención Secundaria.
- Nivel de Prevención Terciaria.

2.3.1 Nivel de prevención primaria

La prevención primaria se desarrolla durante el período preclínico de la enfermedad. Va dirigida a las personas que aún no muestran ningún tipo de consumo o complicaciones y se dirige directamente a las personas o al medio.

Se imponen como metas:

- Impedir la aparición de los problemas derivados del consumo.
- Reducir las incidencias.
- Disminuir la cantidad o calidad de los factores de riesgo.
- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.

Sus objetivos fundamentales son:

- Facilitar información.
- Modificar pautas de consumo.
- Crear ambientes favorables.
- Reducir la oferta de drogas.

Las estrategias básicas a desarrollar se pueden resumir en:

- La Promoción de la Salud, como mecanismo de prevención inespecífica y entendida como:

Una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una tarea de responsabilidad hacia lo que es su propia salud y la de la colectividad, así como a desarrollar sus actividades para participar de manera constructiva en la vida en comunidad (Conferencia Internacional sobre Cuidados Básicos en Salud, 1978).

- La Protección Específica, ya sea de los problemas derivados del consumo de una droga en particular o del conjunto de todas las drogas. Las medidas a desarrollar pueden ir encaminadas principalmente a la disminución de la oferta : medidas de carácter normativo o legal, o bien a incidir en la demanda a través de la “Educación para la Salud”, entendida como:

Cualquier combinación de actividades de información y educación, que lleve a una situación en la que la persona desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite (OMS, 1989, p. 21).

Por tanto, se apuesta por una prevención primaria del consumo de drogas insertada en la promoción de la salud, usando la educación para la salud de una manera participativa y comunitaria que implique de manera consciente a los individuos que integran la comunidad.

Lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos, para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de protección; reducir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables.

Además, en los últimos años, se ha ampliado el campo de intervención del nivel individual, habitualmente aplicado en la escuela, al nivel de la familia y el de toda la comunidad, junto a otros lugares, como el lugar de trabajo.

2.3.2 Nivel de prevención secundaria

Cuando las acciones de prevención primaria no han sido aplicadas o no han sido suficientemente desarrolladas, es muy posible que se inicie el consumo de drogas y es necesario recurrir a la segunda barrera o nivel de prevención secundaria, que se desarrolla en la fase clínica de la enfermedad, sobre todo en su período de latencia.

Durante el período de latencia, las grandes metas a lograr serían:

- La reducción del número de personas con problemas de consumo de drogas.
- Evitar el avance en el deterioro de la salud.
- Lograr una detección y orientación precoces.

Por tanto, los objetivos fundamentales podrían quedar resumidos en:

- Identificar personas o grupos de alto riesgo.
- Limitar incapacidades o secuelas.
- Generar un clima propicio para la aceptación de las medidas diagnósticas y terapéuticas precoces.
- Encauzar correctamente los casos detectados.

Para ello se deben poner en marcha las siguientes medidas (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía, 2005, p. 21):

- Revisar periódicamente las poblaciones, de una manera individualizada o bien a través de encuestas colectivas. Existen buenos instrumentos diagnósticos para detectar precozmente los problemas derivados del consumo de drogas y no existirían grandes inconvenientes para incorporarlos a los reconocimientos sanitarios o sociales, respetando principios de voluntariedad y confidencialidad.
- Desarrollar protocolos de intervención ante situaciones de crisis provocadas por el consumo de drogas y que faciliten que la persona desee pedir y aceptar ayuda para eliminar lo más pronto posible el consumo de drogas.
- Poner en marcha programas de información y educación, orientados de forma amplia hacia valores de Salud y sobre todo, a cómo actuar ante problemas derivados del consumo de drogas de uno mismo o de sus compañeros, evitando actitudes moralizadoras y de rechazo y facilitando actitudes terapéuticas y de apoyo que de una manera sólida influyan en la cultura de la comunidad y hagan

que la persona con problemas de drogas no desee ocultarse y pueda pedir la ayuda necesaria de una manera precoz, voluntaria y colaboradora.

- Hacer que los servicios de atención a las drogodependencias estén disponibles para cualquier ciudadano que lo necesite, facilitándole su accesibilidad y aceptabilidad.
- Definir claramente, en la política de actuación, cuáles serán las funciones a desempeñar por cada estamento, en aras a evitar confusiones y asegurar en todo momento que los procesos de detección, diagnóstico, orientación, tratamiento, evaluación, reinserción están garantizados y son clara responsabilidad del estamento profesional correspondientes.

2.3.3 Nivel de prevención terciaria

Las propias características del consumo y dependencia de drogas, sumando al fracaso de las medidas preventivas anteriores hacen que se asista con demasiada frecuencia a la presencia de secuelas, incapacidades y muerte, y por ello, debe contarse con el tercer nivel de prevención o prevención terciaria.

Este nivel está dado por el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes.

2.4 PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO EFECTIVOS

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, en inglés), a través de su publicación *Principios de Tratamiento para la Drogadicción: Una Guía basada en investigaciones*, de 1999, propone los siguientes principios efectivos:

1. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
3. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente el consumo de drogas.
4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo de tiempo adecuado.

6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapia de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7. Para muchos pacientes los medicamentos (metadona, naltrexona, parches o chicles de nicotina, etc.) forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.
9. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el consumo de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento para que sea efectivo, no tiene por que ser voluntario.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
12. Los programas de tratamiento deben incluir pruebas para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos y a otros en riesgo de ser infectados.
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas/reinicios de tratamiento.

2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), los criterios diagnósticos serían los siguientes:

2.5.1 Abuso o consumo perjudicial de opiáceos

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de estos ítems en los últimos 12 meses:

1. Consumo recurrente con incumplimiento de obligaciones.
2. Consumo en situaciones en las que hacerlo es peligroso.

3. Presencia de problemas legales.
4. Consumo a pesar de presentar problemas sociales/ personales.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE 10), publicada por la OMS, se define consumo perjudicial el que afecta a la salud física o mental. La forma de consumo es criticada a menudo por terceros y da lugar a consecuencias adversas.

2.5.2 Dependencia de opiáceos

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de estos ítems en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a. El síndrome de abstinencia característico de cada sustancia (detallado en el punto 2.5.4).
- b. Se toma la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

2.5.3 Intoxicación por opiáceos

Según el DSM-IV-TR, se puede hablar de intoxicación por opiáceos si existe:

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativo (por ejemplo, euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante un poco de tiempo después del consumo de opiáceos.
- C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos que aparecen durante poco tiempo después del consumo de opiáceos:
 - (1) Somnolencia o coma.
 - (2) Lenguaje farfullante.
 - (3) Deterioro de la atención o de la memoria.
- D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.5.4 Abstinencia a opiáceos

Según el DSM-IV-TR, se define abstinencia de opiáceos como:

- A. Alguna de las siguientes posibilidades:
 - (1) Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos.
 - (2) Administración de un antagonista opiáceo, después de un periodo de consumo de opiáceos.

- B. Tres o más de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos o varios días después del criterio A:
- (1) Humor disfórico.
 - (2) Nauseas o vómitos.
 - (3) Dolores musculares.
 - (4) Lagrimeo o rinorrea.
 - (5) Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
 - (6) Diarrea.
 - (7) Bostezos.
 - (8) Fiebre.
 - (9) Insomnio.
- C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de tres áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.6 CONTEXTOS DE TRATAMIENTO

Al igual que con los pacientes atendidos por otras sustancias, con los pacientes atendidos por abuso de opiáceos, el plan terapéutico individual diseñado deberá contemplar, como norma general, el uso del contexto menos restrictivo.

Según la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía, en su *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos* (2005, p. 31), las decisiones relativas al lugar de asistencia deben basarse en las siguientes características del paciente:

- a. Capacidad y deseo de colaboración con el tratamiento.
- b. Capacidad de autocuidado.
- c. Necesidad de una estructura, apoyo y supervisión para mantener un tratamiento seguro, alejado de los ambientes y actividades que fomentan el consumo de sustancias.
- d. Necesidad de tratamientos específicos para trastornos médicos generales o psiquiátricos asociados.

- e. Necesidad de tratamientos concretos o de una intensidad de tratamiento que pueden ser aplicables tan solo en determinados contextos.
- f. Preferencia por un modelo y contexto de tratamiento particular.

Los contextos de tratamiento se dedican a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación-rehabilitación y reinserción o incorporación social, en régimen abierto, de las personas con problemas de adicción. Ofertan los siguientes servicios para el tratamiento de los pacientes con trastornos por consumo de opiáceos:

- a. Programa de desintoxicación hospitalaria.
- b. Programa de desintoxicación domiciliaria.
- c. Programa de tratamiento con agonistas (metadona).
- d. Programa de tratamiento con antagonistas (naltrexona).
- e. Programas de intervención psicosocial.

2.7 PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS OPIACEOS

Cuando un paciente heroínmano 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. Éste puede ser con agonistas o con antagonistas, siendo las indicaciones diferentes en cada caso.

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-. Esto conduce a una estrecha relación con los programas de tratamiento.

Los tratamientos de desintoxicación con agonistas opiáceos se basan en la tolerancia cruzada de unos opiáceos con otros y consiste en sustituir el opiáceo usado por el paciente, habitualmente heroína, por un fármaco opiáceo de vida media más larga y fácil manejo clínico, siendo necesario tener en cuenta las equivalencias de dosis.

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.

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.

2.7.1 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 metadona se administra por vía oral, se absorbe bien y no se une específicamente a los tejidos corporales, por lo que mantiene una concentración plasmática relativamente estable.

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.

Si las dosis son demasiado altas, puede aparecer sedación, euforia leve, estreñimiento y sudoración excesiva. Estos dos últimos también pueden aparecer a dosis terapéuticas. Los síntomas suelen remitir en las primeras semanas.

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.

2.7.2 Criterios de indicación

Los más ampliamente aceptados son los siguientes:

1. Paciente que no consigue la abstinencia a través de programas de desintoxicación o con el seguimiento de programas libres de fármacos.
2. Drogodependencias crónicas de varios años de duración, con fracasos repetidos en los tratamientos de desintoxicación y/o estancias en comunidades terapéuticas.
3. Pacientes afectos de complicaciones orgánicas graves cuya recaída, en la autoadministración intravenosa de heroína puede poner en peligro su vida.
4. Pacientes heroínómanas embarazadas.
5. Pacientes heroínómanos con patología psiquiatra asociada (patología dual).

Como señala Seidenber (2000), los pacientes deberán ser informados sobre el tratamiento y los posibles efectos del fármaco en un lenguaje adecuado a su nivel de conocimientos y será necesaria su autorización escrita antes de iniciar el tratamiento. Por otro lado, en pacientes menores de 18 años podrá prescribirse sólo en casos especiales. Los tutores deberán estar informados de todo el tratamiento y se recomienda que den su consentimiento por escrito.

2.7.3 Mantenimiento y desintoxicación

MANTENIMIENTO

Para realizar una desintoxicación con metadona, primero debemos estabilizar el paciente en una dosis confortable, que es aquella con la cual no experimenta síntomas de abstinencia. La dosis inicial no debería superar los 20-40 mg/día, aumentando de 5-10 mg/día, hasta conseguir la dosis óptima, aunque en los tratamientos de

desintoxicación con metadona la dosis adecuada para contrarrestar el síndrome de abstinencia a opiáceos, SAO, y de la cual debemos partir no debería superar los 30 mg/día. El síndrome de abstinencia se produce al cesar el uso moderado de un opiáceo, al disminuir su dosis bruscamente o al administrar un opiáceo antagonista después de un uso crónico.

Una vez estabilizado el paciente en su dosis óptima, pasamos a la fase de mantenimiento /deshabitación, cuyo objetivo es conseguir la desvinculación de los consumos problemáticos de drogas y la mayor normalización biopsicosocial posible. Ésta comienza a partir del final del primer mes y se debe prolongar todo el tiempo necesario.

La duración óptima del tratamiento de mantenimiento con metadona es difícil de predeterminar. Está muy extendida la idea de que el tratamiento debe durar tanto como siga siendo de utilidad para mantener al paciente sin consumir. Para algunos pacientes, este período puede ser de dos años y para otros, puede ser necesario un mantenimiento de por vida.

Como criterios generales se propone que el tratamiento continúe mientras:

- El paciente siga beneficiándose de él.
- Desea mantenerlo.
- Siga presentando riesgo de recaída.
- No sufra efectos secundarios derivados del uso de metadona.
- Siga indicado por el juicio clínico del médico.

Según Hubbard et al. (1989), un tratamiento a largo plazo es uno de los factores más importantes de éxito en el tratamiento. Según Simpson (1981), los tratamientos de corta duración equivalen, en cuanto a resultados, a la ausencia de intervención terapéutica.

Durante esta fase, es frecuente que los pacientes permanezcan durante largos periodos de tiempo con la misma dosis, aunque a veces necesiten ajustes periódicos de la misma.

Los siguientes factores están relacionados con la necesidad de ajustar la dosis:

- Períodos de mayor estrés.
- Periodos de trabajo intenso.
- Entornos desfavorables.
- Mayor disponibilidad de drogas.
- Aumento del deseo de consumo.
- Situaciones de pérdidas: pérdida de empleo, divorcio, muerte de un familiar.

Los ajustes pueden ser temporales o permanentes. Si un paciente estabilizado solicita una disminución de dosis, es importante que el médico explore con profundidad esta demanda. No es infrecuente que el paciente piense que los que reciben dosis más bajas son mejores enfermos, por lo que es necesario realizar un buen trabajo de educación con los pacientes y sus familiares.

El tratamiento farmacológico es sólo uno de los componentes de estos programas. Debe darse un enfoque global que comprenda simultáneamente el tratamiento psicológico y social, así como medidas de educación sanitaria, destinados a favorecer la rehabilitación y la reinserción del paciente. Y enlazando esta idea con el propósito de nuestro trabajo, la recogida semanal en el dispensario se convierte precisamente en eso, en un simple tratamiento farmacológico, el paciente no realiza ningún otro proceso que le ayude a mejorar su situación actual.

DESINTOXICACION

Una vez controlado el SAO y estabilizado el paciente, se le motiva a iniciar una lenta disminución diaria del fármaco, siempre en un momento en el que los factores estresantes en la vida del paciente sean mínimos. La desintoxicación puede ser a propuesta del profesional pero deber contar siempre con la voluntariedad del paciente. Se debe valorar muy bien la situación del paciente antes de iniciarla.

El procedimiento más eficaz para la retirada de la metadona consiste en llevar a cabo una reducción lenta de la misma. Una vez retirada ésta, los pacientes deben ser seguidos de cerca y en caso de recaída, deben tomarse las medidas terapéuticas complementarias, incluyendo la reincorporación al PMM, si lo precisase.

A modo de orientación, los pacientes mantenidos con dosis superiores a 80 mg/día, toleran bien las reducciones de 10 mg/semana. Los que tienen una dosis entre 40 y 80 mg/día, se recomienda una reducción de 5 mg/semana. Una vez que la dosis se ha reducido a 40 mg/día, la posibilidad de que el paciente experimente SAO aumenta y debe enlentecerse el proceso de reducción a 2,5 mg/semana.

Existen diferentes pautas de desintoxicación, pero en función de la duración de las mismas se pueden clasificar en:

- **Desintoxicación a corto plazo:** la duración del proceso completo suele durar entre 14-21 días. Al inicio se estabiliza al paciente con una dosis no superior a los 30-40 mg/día y a partir de dicha dosis se van realizando reducciones diarias de 5-2 mg/día, hasta conseguir abstinencia. En la última fase se puede asociar tratamiento sintomático.
- **Desintoxicación a largo plazo:** implica un descenso gradual de la dosis de metadona durante un periodo de 3-6 meses. Se realiza en algunos pacientes que han seguido tratamiento de mantenimiento con metadona. La disminución de dosis se realiza lentamente, aproximadamente unos 10 mg/semana, hasta conseguir los 25-30 mg/día. A partir de estas dosis no se recomienda decrementos superiores a los 5 mg/semana. En las últimas fases se puede requerir de ingreso hospitalario para la retirada total de las últimas dosis.

Se han descrito una serie de factores indicadores de buen pronóstico para mantener la abstinencia tras la intoxicación:

- Estimación por parte del equipo terapéutico de un adecuado nivel de rehabilitación del paciente.
- Estabilidad laboral.
- Vida social desvinculada del mundo de la droga.
- Permanencia prolongada en PMM.
- Buen estado psicológico al inicio del proceso de la desintoxicación.

2.7.4 Efectividad de los PMM

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: 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.

La eficacia/efectividad de los tratamientos sustitutivos se analiza en términos de (Torrens, 2001):

1. Disminución del consumo de opiáceos ilegales: de acuerdo con los estudios disponibles, el mantenimiento con metadona a dosis $>50\text{mg/día}$ o con buprenorfina $>8\text{ mg/día}$ son los tratamientos más eficaces para disminuir el consumo de opiáceos.
2. Disminución de las conductas de riesgo para el VIH: uno de los hallazgos más relevantes desde el punto de vista de salud pública e individual de los PMM ha sido su capacidad para disminuir la diseminación de la infección por el VIH. Este ha sido el motivo principal de la gran expansión que desde principios de los 90 han tenido los tratamientos de mantenimiento con opiáceos en España y en a mayoría de los países europeos.
3. Disminución de las actividades ilegales: uno de los beneficios sociales relacionados con los PMM es su capacidad para disminuir la conflictividad legal relacionada con el consumo de heroína. La efectividad de los PMM es más aparente en los delitos relacionados con drogas, que con los no relacionados.
4. Mejoría de calidad de vida relacionada con la salud: los resultados obtenidos mostraron una mejoría clara de la calidad de vida relacionada con la salud en aquellos pacientes que permanecían en el programa. Además, cuando se compararon los resultados, a los 2 años, de aquellos pacientes que permanecían en el PMM respecto de los que lo habían abandonado, se observó también que los que los pacientes que seguían en el programa presentaban una mejor calidad de vida relacionada con la salud que los que lo habían abandonado.
5. Tasa de retención del tratamiento: Precisamente, la retención en tratamiento es uno de los puntos más importantes a la hora de evaluar cualquier tratamiento en

medicina, pero en el caso de las toxicomanías esto es realmente importante puesto que uno de los principales problemas de muchos de los tratamientos que se han diseñado para estos pacientes es su escasa capacidad de retención. Así una de las principales causas del fracaso de muchos de los tratamientos con antagonistas como la naltrexona ha sido su escasa retención en el tratamiento.

Bobes (2012) coincide con las fortalezas que se atribuyen a los PMM: reducción del consumo de opiáceos, menor tasa de actividad criminal, mejora de la comorbilidad psiquiátrica y física, y una mayor tasa de retención en los programas. También señala debilidades, entre las que se encuentran la sedación, la disminución del funcionamiento cognoscitivo y los riesgos cardiovasculares como consecuencia de la alteración del ritmo cardíaco.

3. MARCO METODOLOGICO

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 va a pasar un cuestionario a pacientes de ambos dispositivos.

El objetivo del cuestionario es 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. Pesamos, además, que una mayor adherencia al tratamiento repercute, 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.

De los 266 pacientes que recogen la metadona en el dispensario, se va a pasar el cuestionario a un 33%, lo que supone 88 pacientes. Y de los 37 pacientes que hacen la recogida en el CAD 2, se va intentar pasarlos a la totalidad de pacientes.

También se van a realizar unas entrevistas para conocer la opinión de los profesionales que trabajan directamente en la dispensación de la metadona. Se va a pasar el mismo modelo de entrevista a la enfermera y auxiliar del CAD 2, las profesionales que dispensan en ese servicio, y a una de las enfermeras y de las auxiliares del centro dispensador.

Y por último, se va a realizar una entrevista muy similar al médico del CAD 2, que es el único que tiene la posibilidad de prescribir la metadona, bien en el propio CAD 2, o bien en el dispensario. Además, hace el seguimiento y atención a los pacientes de ambos dispositivos.

La entrevista se compone de cinco preguntas, en el primer caso, y tres preguntas, en el caso del médico. Su objetivo es 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 mejoras que han

observado. Las entrevistas se realizarán en el mismo lugar de trabajo de los profesionales y serán 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 ha elaborado de tal manera que sea fácil y sobre todo, rápido de responder, pues sabemos que la principal exigencia que nos van a poner para colaborar es que sea rápido. Ante cualquier demanda solicitada, suelen alegar que tienen mucha prisa. Tanto en el dispensario como en el CAD 2, se cuenta con la posibilidad de realizar el cuestionario en un despacho, si bien, pensamos que no va a ser posible porque entrar en un despacho es percibido como mucho tiempo de dedicación. Así, probablemente, los cuestionarios se pasarán justo en el momento previo o posterior hacer la recogida.

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

Se han separado las preguntas en tres bloques. El primero es el de identificación y se pide la edad, el sexo y el CAD de referencia. El segundo bloque agrupa el grueso de las preguntas y de la investigación, y se refiere a aspectos sobre el tratamiento. Por último, el tercer bloque se refiere a aspectos de su situación personal actual, porque partimos de la idea 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 serían sobre el tiempo que hace que toman la metadona; en qué dosis se encuentra, diferenciando entre dosis bajas (menos de 20 mg), medias (de 20 a 49 mg) y altas (más de 50 mg). También se les pregunta si piensan que están en una dosis correcta, y si no es así si necesitarían más o menos. Otra cuestión es si están 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 ha 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; si actualmente consumen otros tóxicos, especificando alcohol y cánnabis, dado que muchos pacientes no lo consideran como una droga; si ha hecho otros tratamientos en el último año; si acude a visitas pactadas a su CAD, y a quién visita; también se pregunta 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 pregunta sobre la situación laboral del encuestado; con quién vive; sobre su alojamiento; si está en seguimiento con otros servicios sociales; si hace alguna actividad en su tiempo de ocio; si cuenta con apoyo familiar o social. Y por último, y al igual que en el anterior bloque, se pide que se valore del 1 al 5 como valoraría su situación personal actual.

Para validar el cuestionario se tiene previsto realizar unas 10 entrevistas de prueba, a fin de ajustar las preguntas al colectivo al que se dirige y al objeto de estudio.

Una vez que se realicen las encuestas, se contabilizarán las respuestas para obtener los datos de cada variable planteada. Posteriormente, se hará una comparativa con los resultados obtenidos entre el dispensario y el CAD 2. Los resultados obtenidos de esa comparativa son los que nos van a permitir establecer unas conclusiones y una mayor adherencia al tratamiento por parte de los usuarios de metadona.

Si tal relación existiese, serviría para argumentar lo beneficioso de establecer los dispositivos de dispensación en los mismos centros de referencia, y de tener en cuenta esta variable a la hora de planificar políticas de atención a las drogodependencias.

3.1 MODELOS DE ENTREVISTA

DUE y Auxiliar de Clínica del CAD 2

Nombre:

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?

DUE y Auxiliar de Clínica del Centro Dispensador

Nombre:

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

Nombre:

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 IDENTIFICACION

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

TRATAMIENTO

- ¿Cuánto tiempo hace que toma la metadona?
 - 1-3 años
 - 4-9 años
 - Más de 10 años
- ¿Cuál es su dosis?
 - Menos de 20 mg
 - De 20 a 50 mg
 - Más de 50 mg
- ¿Cree que su actual dosis es correcta?
 - 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?
 - ¿Y alcohol? ¿Y THC?
- ¿Ha hecho otros tratamientos en el último año?
 - *Decalaje*
 - Desintoxicación
 - Comunidad terapéutica
 - Centro de día
- Acude a visitas **pactadas** a su CAD?
 - ¿A quién visita?
- De todos los dispositivos de dispensación, ¿cuál es el que le interesaría más?
 - Recogida en el CAD
 - Recogida en el dispensario
 - Recogida en el Centro de Salud
 - Recogida en farmacia
- Del 1 al 5 ¿cómo puntuaría su grado de satisfacción con su CAD?

SITUACION PERSONAL

- Situación laboral
 - Parado
 - Parado con prestación
 - Pensionista
 - Trabajando
 - Trabajo en negro/chapuzas
- ¿Con quién vive?
 - Solo, con pareja, con familia, familia de origen, con amigos.
- ¿Dónde vive?
 - 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 COLABORACION

4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

4.1 LOS CUESTIONARIOS

Centro dispensador

De los 266 pacientes que están adscritos al PMM y hacen recogida en el centro dispensador nos hemos encontrado que hay 13 que hacen toma diaria, que en 12 casos, la recogida la realiza un familiar, y hay 8 casos en los que la recogida la realiza el centro en el que se alojan (Siloé y Sa Placeta). Así, el total objeto de estudio se reduce 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, contamos con 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, suponen el 37% de la población, representan 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 es de 8.30 a 14.30 horas y de 17 a 20.30 horas. Por la tarde, sólo está 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 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 7 pacientes no han querido realizar el cuestionario. La mayoría se ha mostrado 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

Las mayores dificultades para realizar los cuestionarios en el CAD 2 ha sido su dispersión horaria. Además, de los 37 pacientes que atienden, cuatro hacen recogida cada dos semanas y en 5 casos, la recogida la efectúa un familiar, con lo cual no entran en nuestros criterios. Su horario de atención es de lunes a viernes. Recordemos que en este dispositivo se recoge 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 han realizaran profesionales del CAD 2: enfermera, auxiliar de enfermería y la trabajadora social. Aparte de los 5 casos, en los que la recogida la hace un familiar, a otros dos no se les localizó y 2 se negaron. Así, en total, se han realizado 28 cuestionarios, lo que supone un 76 % del total de la población. Las entrevistas se realizaron entre el 16 de mayo y el 21 de junio.

4.2 RESULTADOS

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

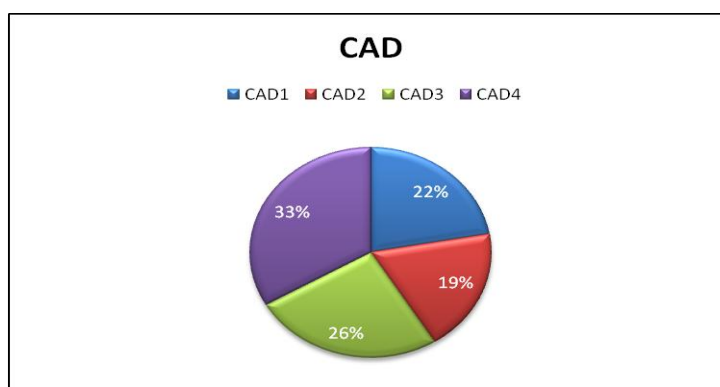
CAD 2 (ver en anexos, apartado 8.1, Tablas con los resultados de las encuestas). Una vez que se tienen todos los cuestionarios pasados, se extraen los resultados de cada uno de los dispositivos (ver en anexos, apartado 8.2, Tablas con los porcentajes de cada dispositivo). Y es con los resultados de cada dispositivo cuando finalmente se establece la comparativa de ambos.

Para realizar la comparativa, además, se han igualado los totales del CAD 2 a los totales del dispensario, es decir, se ha hecho una proporción para poder comparar los resultados obtenidos. Así, en ambos casos, los totales sumados son 90.

- **Datos de identificación**

CENTRO DISPENSADOR

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



CAD 2

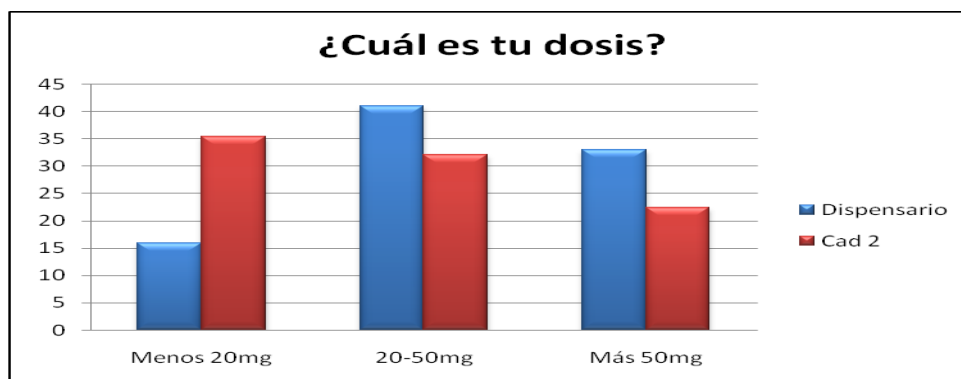
Se ha entrevistado a 23 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 38 años.

- **Datos de tratamiento**

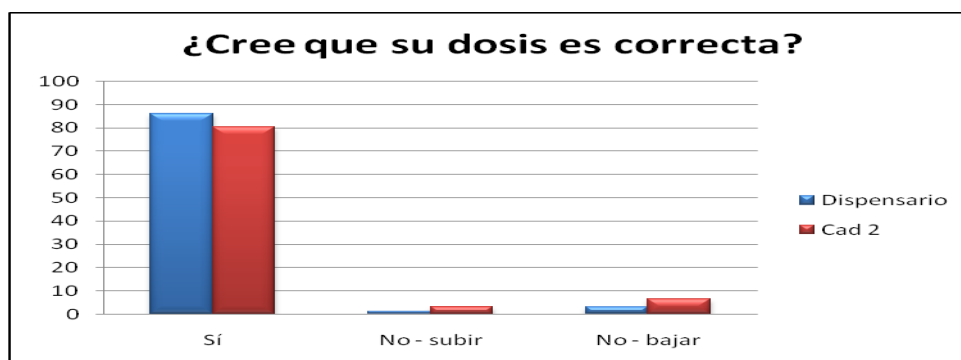


Las diferencias más notables se observan entre el período de 1-3 años, donde hay un porcentaje mayor de pacientes en le CAD 2 y en el período de 4-9 años, donde el porcentaje es mayor en pacientes del dispensario.

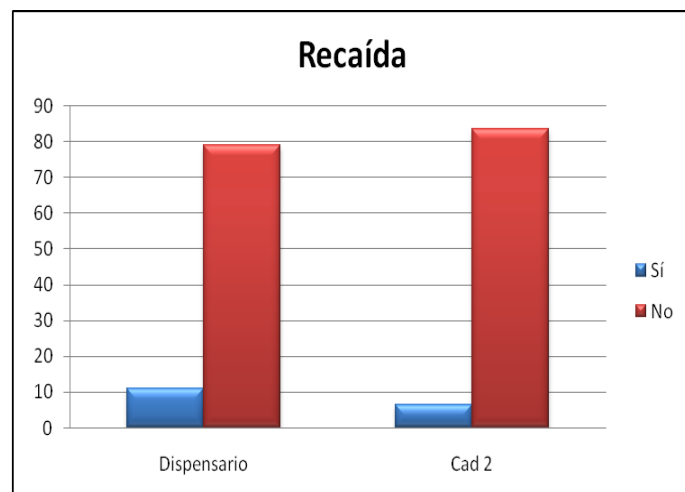
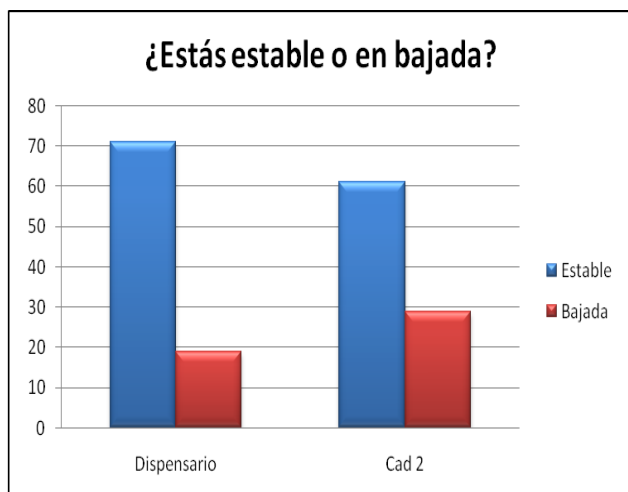
En dispensario sube el porcentaje de pacientes a medida que pasan los años mientras que la tendencia que se aprecia en el CAD 2 es mayor en los extremos y menor en el período intermedio.



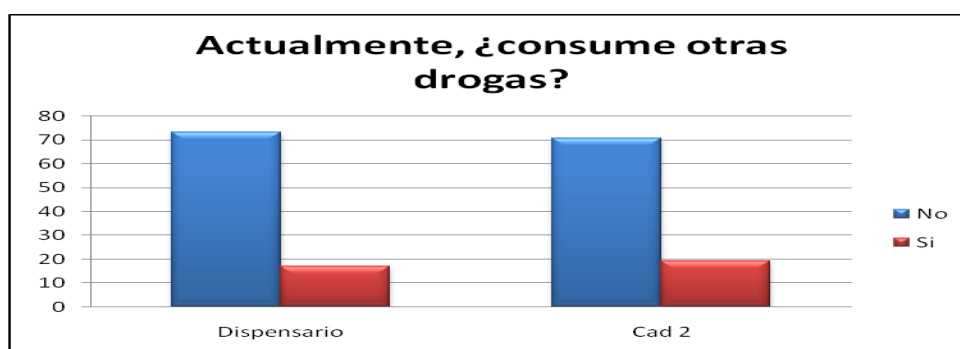
En el CAD 2 el número de pacientes va bajando a medida que sube la dosis dispensada. En el centro dispensador destacan los pacientes que toman una dosis intermedia, y el menor número de pacientes lo encontramos en la dosis más baja.



La mayoría de pacientes está 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

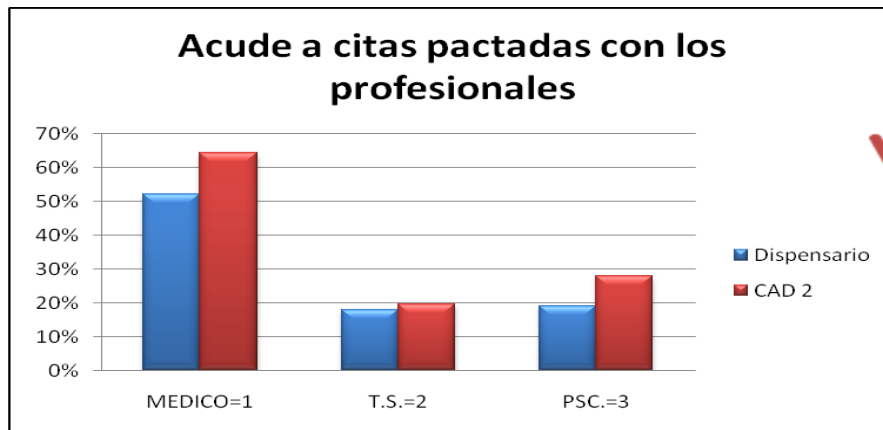
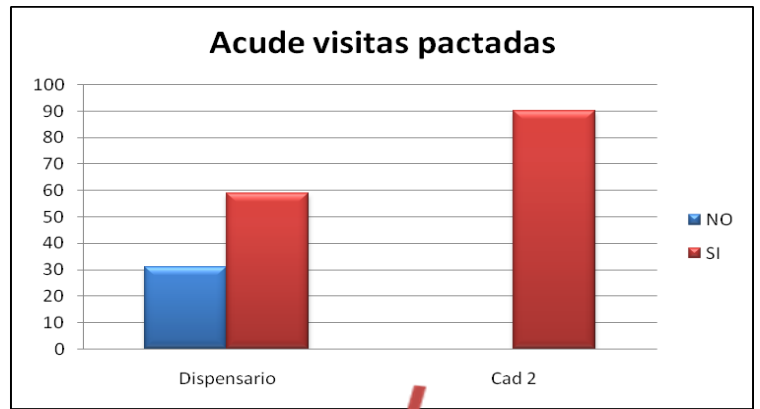


Como observamos hay un mayor número de pacientes del CAD 2 que están en bajada. Por el contrario, el número de recaídas es mayor entre los pacientes del dispensario, en casi el doble.



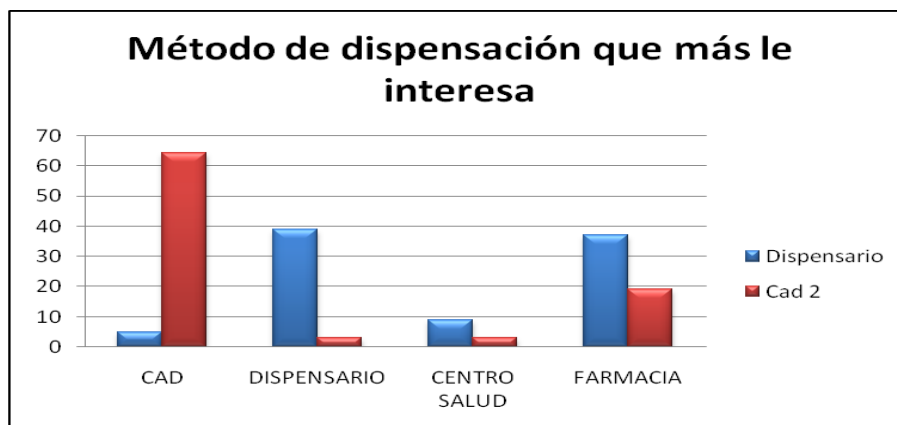
Apenas se observan diferencias en este apartado. Señalaremos que de los 90 pacientes entrevistados en el dispensario, hubo 47 respuestas afirmativas al consumo de alcohol y 36 al de cánnabis; y de los 28 entrevistados en el CAD 2, hubo 12 respuestas afirmativas al consumo de alcohol y 16 al de cánnabis. 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-.



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 acude 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 visitan más de un profesional.



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, de dan en pacientes del CAD 4.

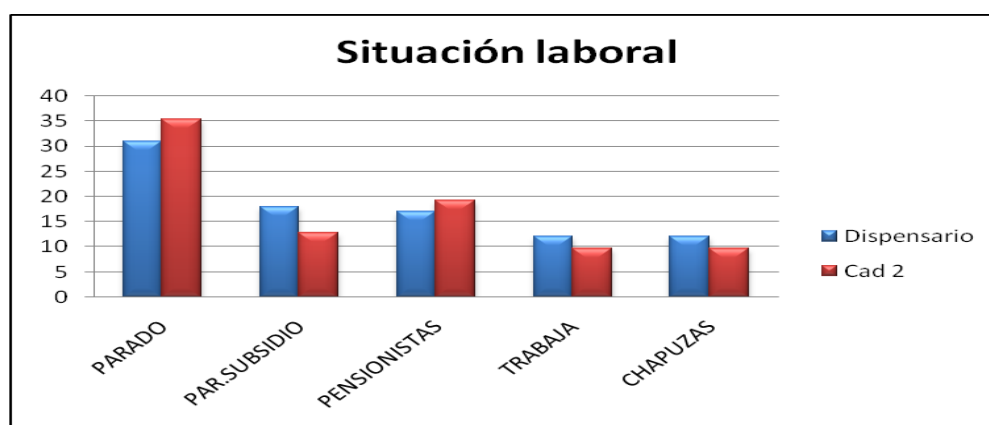
Como observamos, el centro de salud es la opción menos elegida en ambos casos.

PUNTUACION

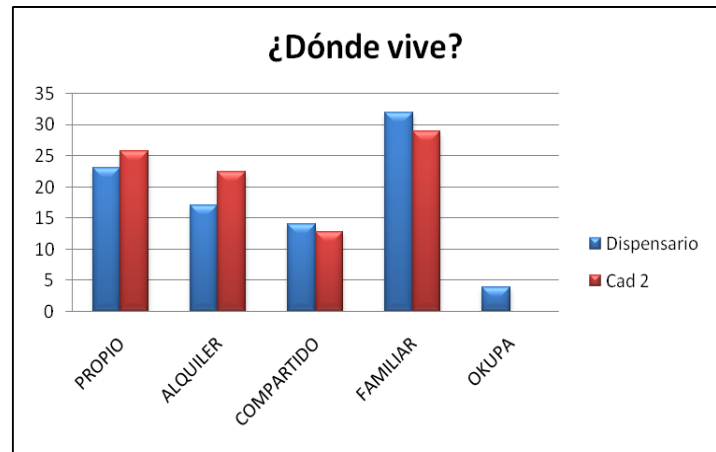
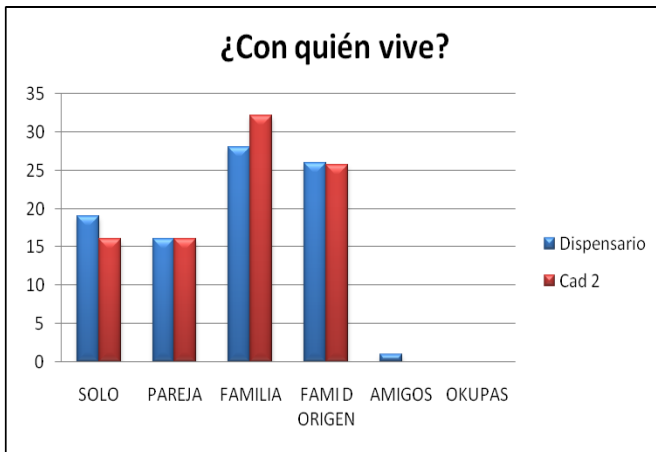
Curiosamente, el grado de satisfacción de cada participante con su CAD ha coincidido en ambas valoraciones. El resultado ha sido de 4,36 sobre 5, en pacientes del CAD 2 y en pacientes entrevistados en el dispensario.

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**



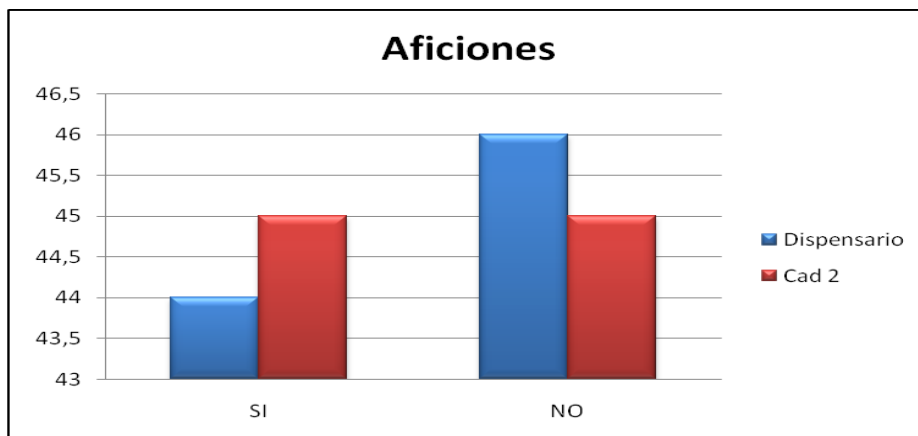
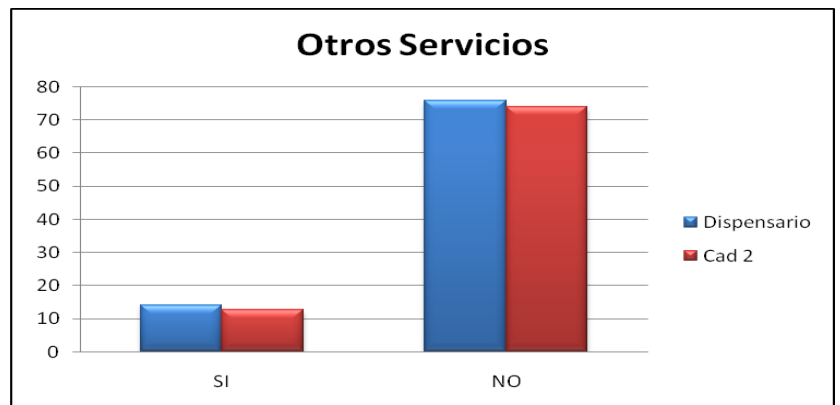
La característica más relevante que se observa en esta variable es la similitud de porcentajes en todas las respuestas posibles. Predominan en ambos dispositivos aquellos usuarios que se encuentran parados seguidos, aunque de manera más minoritaria, de los pensionistas y los parados con algún tipo de 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 viven con su familia de origen y algunos que a pesar de tener su propia familia, viven también en la casa familiar por diferentes motivos.

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

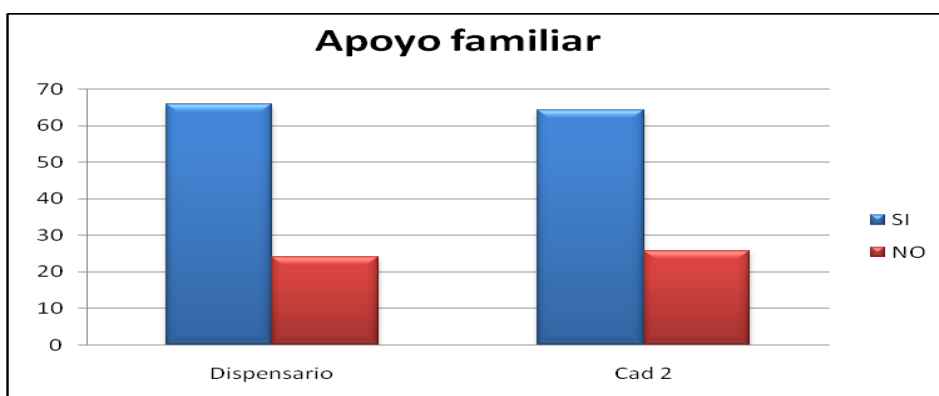


Las repuestas son prácticamente idénticas: en el CAD 2 existe un “empate” entre los usuarios que sí tienen algún tipo de afición y los que no. Y en el dispensario sólo se varía en dos respuestas: 44 que sí frente a 46 que no.

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.

PUNTACION

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.

4.3 VALORACION DE 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 Verónica Carrión, enfermera, y a Gema de Dios, auxiliar de enfermería, el 21 de mayo de 2013. A Juanma Alonso, médico del CAD 2 y también el coordinador de dicho CAD, se le entrevistó el 28 de mayo. Ésta se realizó en un despacho del CAD 4, aprovechando previo acuerdo, una reunión a la que él asistió. Finalmente, la entrevista a la enfermera del CAD 2, Estefanía Serratussell, se realizó el 30 de mayo de 2013, en el CAD donde trabaja. Todas las entrevistas fueron grabadas y con audio y posteriormente transcritas (ver anexo 8.3).

Como ya señalamos, se tenía previsto entrevistar también a la auxiliar del CAD 2, pero por razones que desconocemos, ésta se ausentó mientras se realizaba la entrevista a la enfermera, Estefanía. El día y la hora de la entrevista se había acordado también con ella.

La entrevista con Juanma es especialmente relevante por su amplia experiencia laboral en este ámbito. Lleva 11 años trabajando en el mismo CAD. Las enfermeras llevan una media de 2 años y la auxiliar hace un año que está en este puesto, si bien nos puede aportar datos interesantes ya que con anterioridad, fue la sustituta de la auxiliar del CAD 2, por lo que conoce directamente ambos dispositivos.

Lo que extraemos después de haber realizado todas las entrevistas es que los cinco profesionales coinciden y abogan, en base a su experiencia, por la dispensación en los centros de referencia. Para todos ellos, ésa es la dispensación que favorece 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 aspectos motivacionales.

Entre todo lo que han comentado 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 Estefanía, 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 ven a veces sólo cada mes o cada dos meses.

Tanto ella, como las otras dos entrevistadas, coinciden en que sería positivo que el personal de enfermería pudiera estar más implicado en el tratamiento de los pacientes. Gema añade que atiende desde el dispensario a un conjunto de pacientes muy integrados a nivel social, y estables en su tratamiento, que toman 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 pueden proponerlos.

El personal de enfermería aboga por un modelo que favorezca la educación para la salud y aunque la realizan en ambos dispositivos, donde más ampliamente la pueden desarrollar es en el CAD de referencia, dadas las características del lugar de atención. Desde el mostrador, sin intimidad, del dispensario es bastante complicado. Y entre estas intervenciones, que hacen en mayor o menor medida, comentan 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.

Estefanía remarca la importancia de poder aprovechar la visita que el paciente tiene 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 Verónica, las características del lugar de atención del dispensario son el principal hándicap para poder establecer una relación terapéutica con los pacientes e incide en la importancia de poder atender con más intimidad y desde un despacho.

Las dos profesionales del centro dispensador coinciden cuando afirman que ellas no se sienten parte del equipo terapéutico que hace el seguimiento de los pacientes. Se refieren a que cada una de ellas está adscrita “oficialmente” a un CAD, aunque su ubicación sea el dispensario. Los pacientes tampoco las perciben como parte de este equipo, sino como un recurso externo al trabajo del CAD. Por ello, es más difícil poder intervenir en su proceso terapéutico, aunque lo hacen, si bien a nivel individual y no desee una perspectiva de equipo. Plantean, además, que sería muy positivo poder coordinarse más con los CADs para trabajar juntos algunas de las incidencias que pasan a los CADs sobre pacientes.

Verónica y Juanma coinciden al manifestar que los pacientes plantean todo tipo de cuestiones. En el CAD 2 se les puede dar respuesta casi inmediatamente porque aunque sean demandas propias de otros profesionales, por ejemplo de la trabajadora social, esta está allí y se le puede consultar. Esto no pasa en el dispensario, donde el personal puede no tener la respuesta y el paciente no puede plantearse ir a su CAD para hacer la consulta.

Todo el personal de enfermería confirma que observa mejorías en los pacientes que atiende. Estefanía las observa gracias a la atención semanal que ofrece; Gema, sobre todo, a nivel social y cambios en la manera de relacionarse con ellas a medida que ganan confianza; y Verónica vuelve a remarcar el tema de la confianza. Las mejorías son visibles con pacientes con los que tienen confianza y que cuentan con ellas para comentar ya no sólo aspectos de su tratamiento, sino cualquier otro que les suscite preocupación. Comenta cómo ha tenido pacientes muy difíciles en el trato que a base de verse semanalmente y de ganarse su confianza, poco a poco, han cambiado su actitud y ahora acuden de una manera mucho más relajada.

Para Gema, que ha estado trabajando en ambos dispositivos, el modelo del CAD 2 es el que ofrece unas mejores garantías y permite establecer un mayor trato y contacto con el paciente. Ella considera que el modelo del dispensario ofrece toda una serie de limitaciones en comparación con el otro modelo. Nos aporta otro dato de interés: hay un perfil de pacientes para los que la relación más distante del dispensario es más facilitadora que la del CAD 2, en la que se tiene más intimidad. A este respecto, Estefanía señaló que han incorporado pacientes acostumbrados a la recogida en el dispensario que aunque al principio vivieron el cambio con cierta inquietud, se han adaptado y han respondido positivamente.

Con respecto a las cuestiones planteadas a Juanma, manifiesta que a la hora de elegir dispositivo, siempre intenta buscar el más normalizado, que para él es el del CAD y que además, va a facilitar un mejor proceso al paciente.

Juanma atiende a pacientes que hacen recogida en ambos dispositivos y entre las diferencias que observa en unos y otros pacientes, comenta que los de recogida en el CAD tienen un mayor compromiso e implicación en su tratamiento. Además, los profesionales pueden llevar a cabo más control y supervisión sobre ellos, lo que a la vez incide en que estos se impliquen más; es un todo que se retroalimenta.

Juanma siempre ha abogado y apostado por el modelo de dispensación descentralizado. Lo conoce bien y sabe sus ventajas de primera mano. Repite que este modelo representa una mayor eficacia y resultados en los pacientes que requieren ser atendidos semanalmente para hacer la recogida de su medicación.

Como conclusión, podemos observar que todos los profesionales que trabajan directamente con pacientes de metadona abogan por el modelo del CAD 2, por todas las ventajas que ofrece en comparación con la recogida en el dispensario. Ésta es una idea recurrente en las entrevistas realizadas. Los profesionales pueden tener más contacto con ellos y realizar un seguimiento mucho más intenso. Y los pacientes se implican más en su propio proceso. Todo, en conjunto, hace que se favorezca la que ya hemos señalado al inicio: una mayor adherencia y un mejor pronóstico. Se cumpliría así la hipótesis principal de este Trabajo Fin de Grado.

5. CONCLUSIONES

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

Algunas de las pequeñas tendencias observadas de los datos obtenidos son las siguientes: en el CAD 2, el número de pacientes desciende a medida que sube la dosis. Esto puede ser porque realicen *decalajes* y procesos motivacionales con los pacientes para que no se hagan crónicos tomando dosis altas. De hecho, en el CAD 2, se observan mucho más *decalajes* que los que se aprecian en el dispensario. También en el CAD 2, las recaídas son menores a las que se producen en el dispensario.

Aunque sin duda, la mayor diferencia observada es la atención recibida por los profesionales. En el CAD 2 todos los pacientes son visitados, además de por la DUE o la auxiliar, por algún otro profesional y en muchos casos, por más de uno. En el dispensario hay un número muy elevado que no visita a ningún profesional de su centro de referencia y el resto lo suele hacer 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 DUE del CAD 2, al médico-coordinador del CAD 2, y a una DUE y una auxiliar del dispensario. En base a su experiencia, y desde las diferentes perspectivas que les ofrecen sus puestos de trabajo, todos han coincidido. Los cinco profesionales abogan y defienden un modelo de dispensación en los diferentes centros de referencia. Para todos ellos, ésta es la dispensación que favorece 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 han hecho 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 son atendidos semanalmente por la misma profesional, en un espacio íntimo y privado.

6. PROSPECCION E INCIDENCIAS

PROSPECCIÓN

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 conocen: 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.

INCIDENCIAS

Como era de esperar, las mayores incidencias se han producido a la hora de realizar los cuestionarios. La entrevistadora ha contado con el respaldo del coordinador de los CADs donde trabaja y donde se ha realizado el estudio. Para ello, vía correo electrónico, se puso en contacto con todos los profesionales de los CADs, para informar de la realización de dicho estudio y de manera específica, con el personal de enfermería. No obstante, ha habido una serie de circunstancias que han dificultado la recogida de datos.

En primer lugar, los datos sobre los usuarios de metadona de cada uno de los CADs no estaban actualizados. Esto se supo durante la realización del trabajo e implica que el porcentaje de usuarios a los que se entrevistó es necesariamente superior al presentado, pues los datos están desfasados al alza. Esto se debe, muchas veces, al desconocimiento del médico: el único profesional que puede dar de baja a los pacientes en metadona, cuando el paciente ha dejado el programa.

Otra importante incidencia a destacar ha sido la falta de colaboración del personal de enfermería en la realización de los cuestionarios. Aparte de la estudiante, se esperaba que DUEs y auxiliares realizaran también cuestionarios, en momentos de menor afluencia en el dispensario. Recordemos que son 5 profesionales. Esto no se ha hecho: sólo se consiguió que alguna tarde, dieran el cuestionario a algún paciente para que él mismo lo rellenara y sólo lo hicieron en ocho ocasiones. Por este motivo, la estudiante ha tenido que pasar mucho más tiempo del que tenía previsto en el dispensario, realizando cuestionarios. Dado que ese horario laboral coincide con el del dispensario, tuvo que hacer determinados ajustes laborales para compensar ese tiempo. Pero cabe señalar que no ha tenido ningún inconveniente por parte de su equipo de trabajo, el CAD 4.

Por otro lado, el personal de enfermería del CAD 2 no se manifestó contrario pero ha costado muchísimo trabajo que realizaran los 20 cuestionarios -recordemos que ocho los pasó la propia estudiante-. Esto a pesar de la conversación que tuvo el coordinador de CADs con ellas. Ha habido dificultades tanto para que ellas pasaran los cuestionarios, como para que derivasen a los pacientes a la trabajadora social de allí que se ofreció para colaborar en la realización de los mismos. De los 22 cuestionarios, la auxiliar pasó dos, la enfermera 8 y la trabajadora social otros 10.

Recordemos también que la auxiliar de enfermería de dicho CAD tampoco se presentó a la entrevista que se había acordado con ella. Ante este hecho, no ha dado ningún tipo de explicación.

Por último, señalar la dificultad para conseguir unos datos fiables. La *tabla 1* que se adjunta en el trabajo (pág. 13) es producto de una laboriosa tarea de búsqueda. Para hacerla, se tuvo que llamar, una por una, a todas las farmacias que estaban adscritas al programa de dispensación de metadona. También hubo que contactar con el farmacéutico general, para conseguir los datos sobre los centros de salud que dispensaban, y con el metabús. Los datos menos fiables son, precisamente, los que se aportaron directamente del centro dispensador. Dicha tabla ha creado notable interés entre algunos compañeros de los CADs, que han visto igualmente la necesidad de tener un mayor control sobre estos datos.

Como anécdota, señalar que muchas de las farmacias se alegraron ante nuestra llamada ya que al parecer, era la primera vez que se les llamaba de los CADs para preguntarles sobre los pacientes que se derivaban.

7. 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.

8. ANEXOS

8.1 Tablas con los resultados de las encuestas

Resultados Centro Dispensador

| DATOS | IDENTIFICACION | | CENTRO DISPENSADO R |
|-------|----------------|-------------|---------------------------|
| | N | 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 | 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 | | | MEDICO=1 | 52 |
| PACTADAS | SI | 59 | 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 =

4,366666667

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 =

| | |
|-------------|----------|
| 2,977777778 | PROMEDIO |
|-------------|----------|

Resultados CAD 2

| DATOS | DE IDENTIFICACION | CAD 2 |
|-------|-------------------|-------------|
| SEXO | TOTAL | |
| | 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 | Menos | 11 |

| | | |
|--------------|----------|----|
| es su dosis? | 20mg | |
| | 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 |

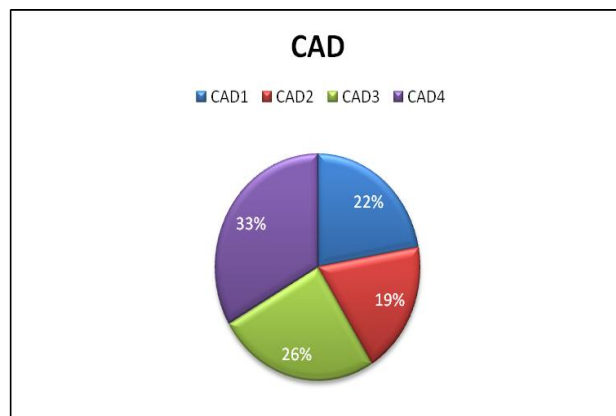
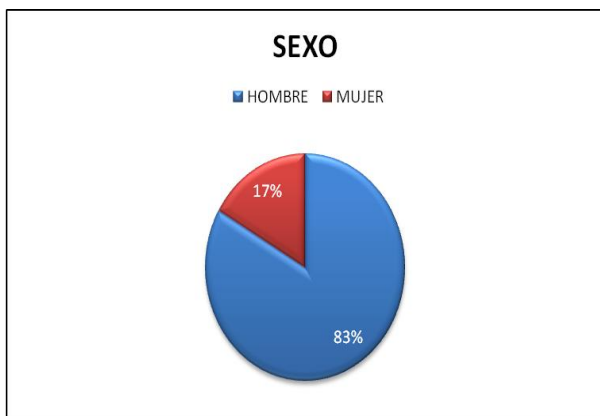
SU SITUACION ACTUAL DEL 1 AL 5 =

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

8.2 Tablas con los porcentajes de cada dispositivo

Porcentajes Centro Dispensario

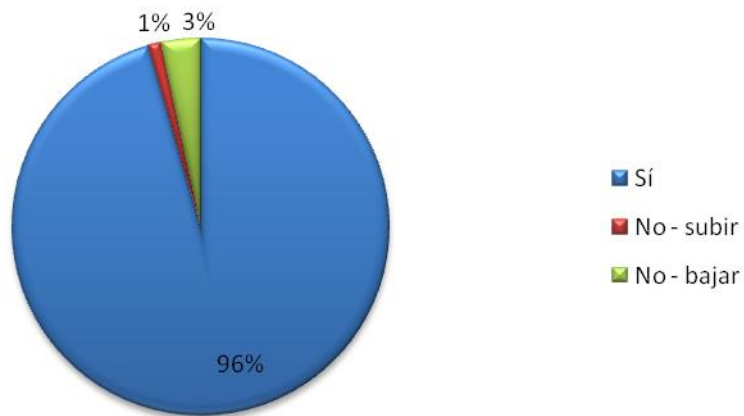
*Datos de identificación



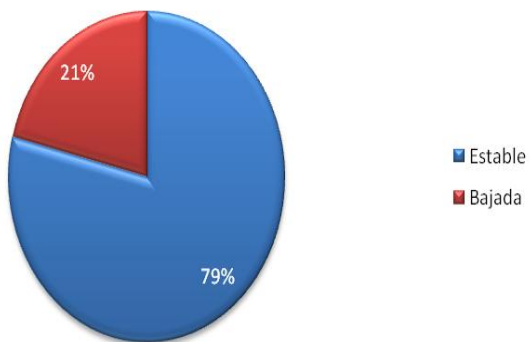
*Datos de tratamiento



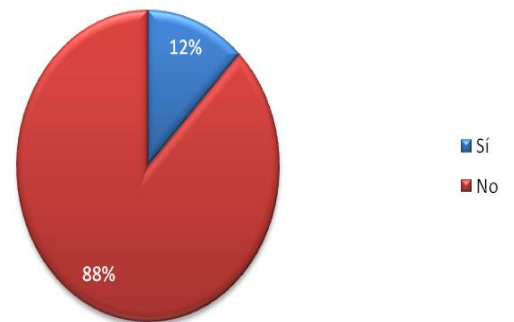
¿Cree que su dosis es correcta?



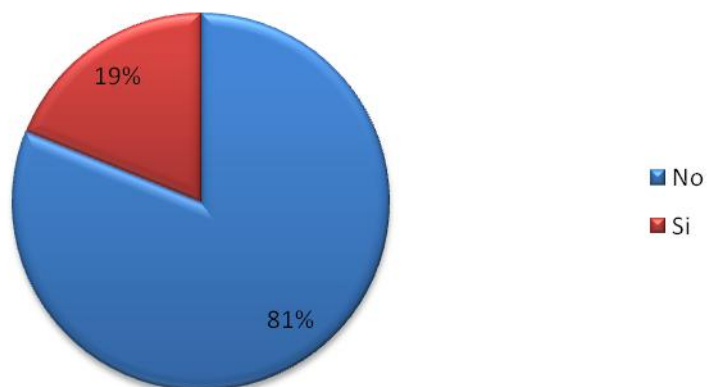
¿Está estable o en bajada?

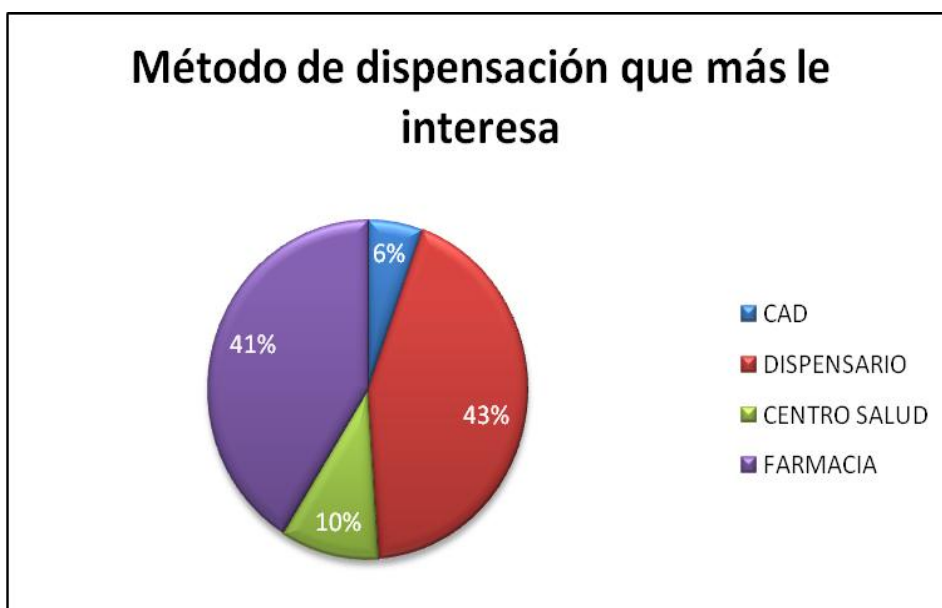
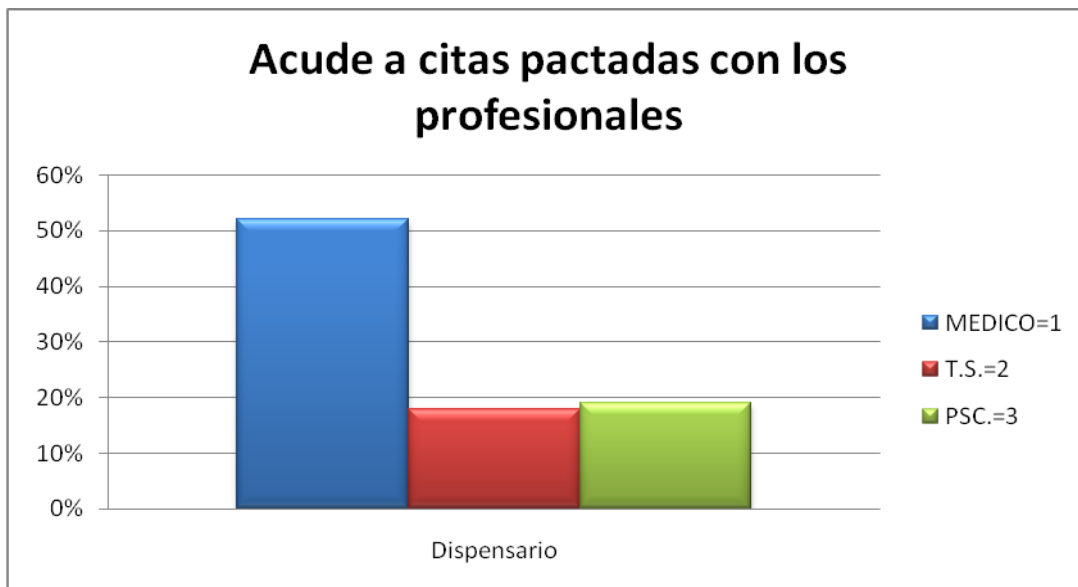


Recaída

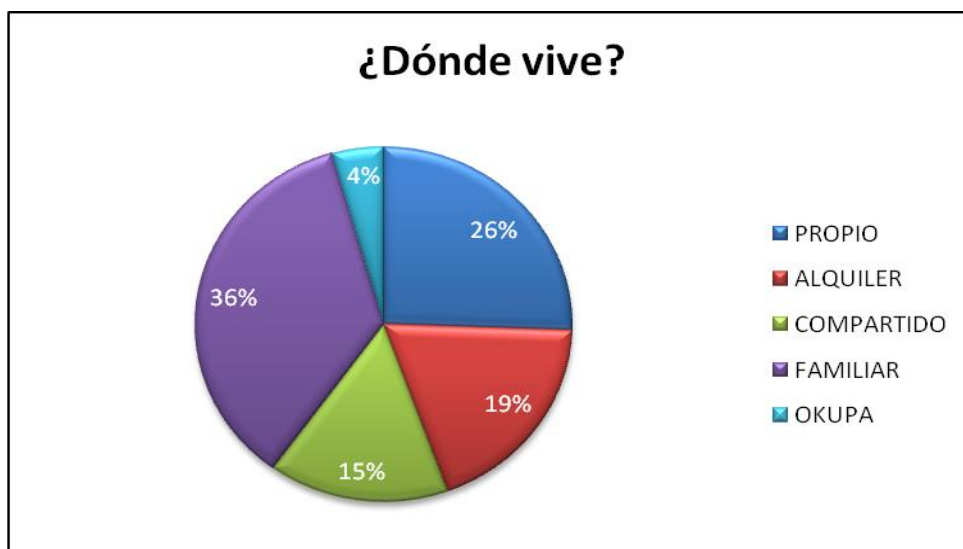


Actualmente ¿consume otras drogas?

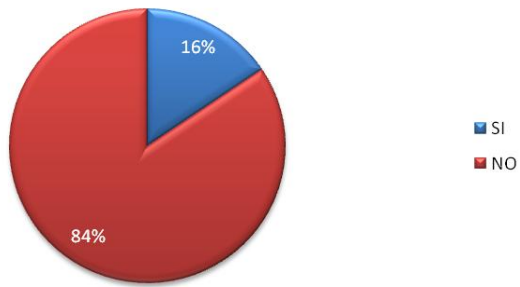




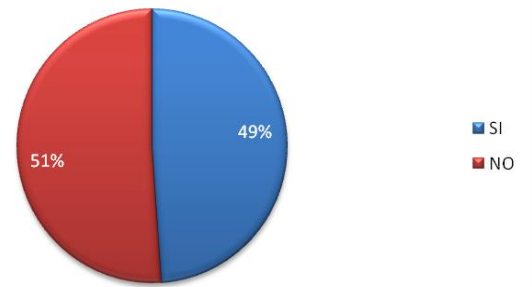
*Situación personal



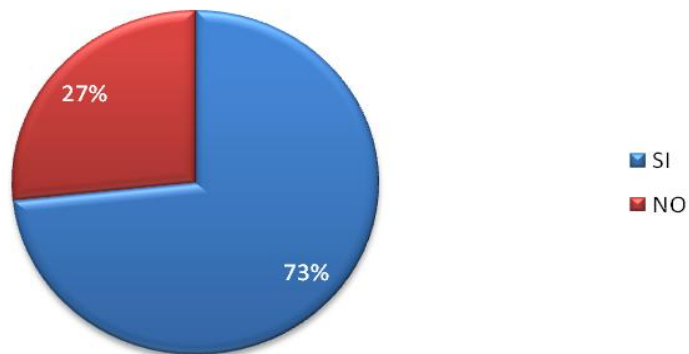
Otros Servicios



Aficiones



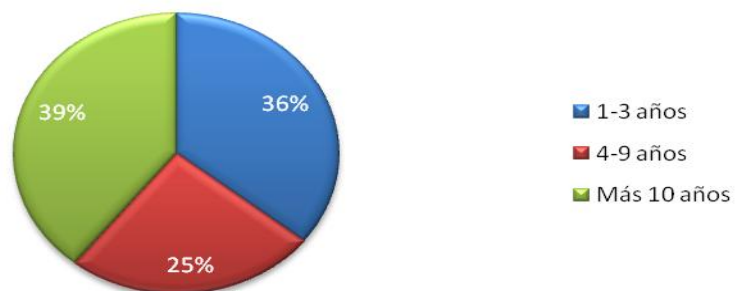
Apoyo familiar



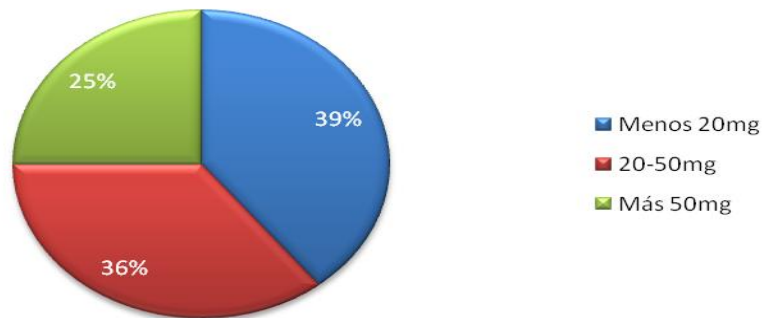
Porcentajes CAD 2

*Datos de tratamiento

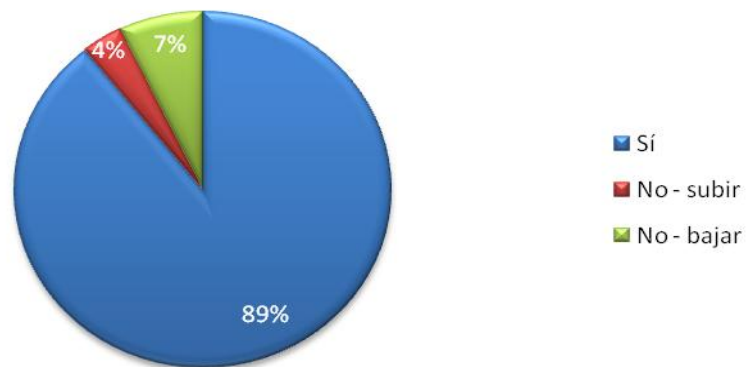
¿Cuánto tiempo hace que toma metadona?



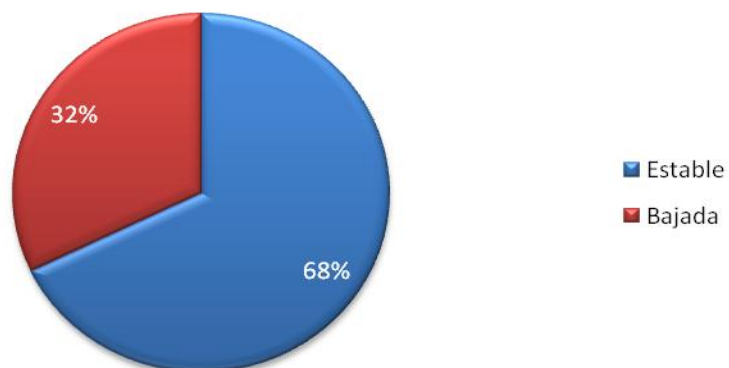
¿Cuál es su dosis?

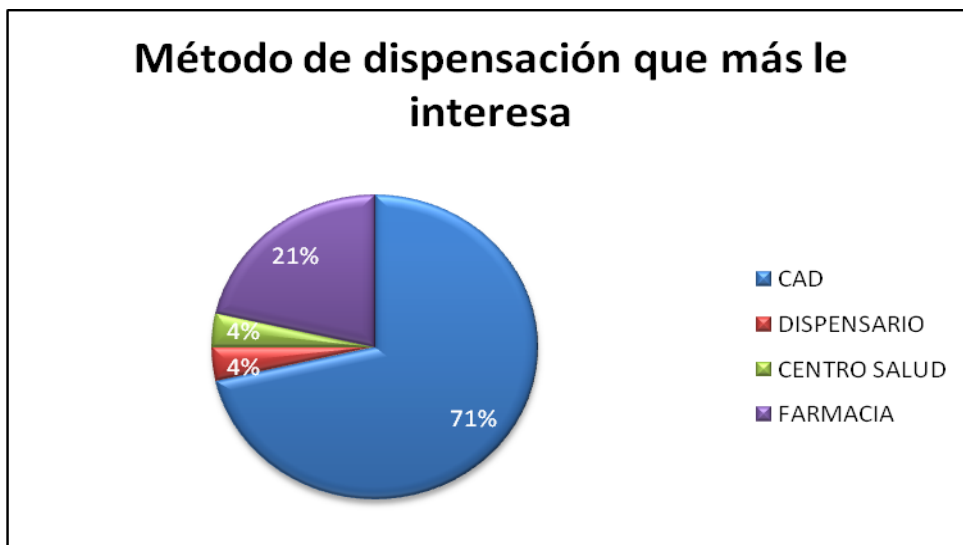
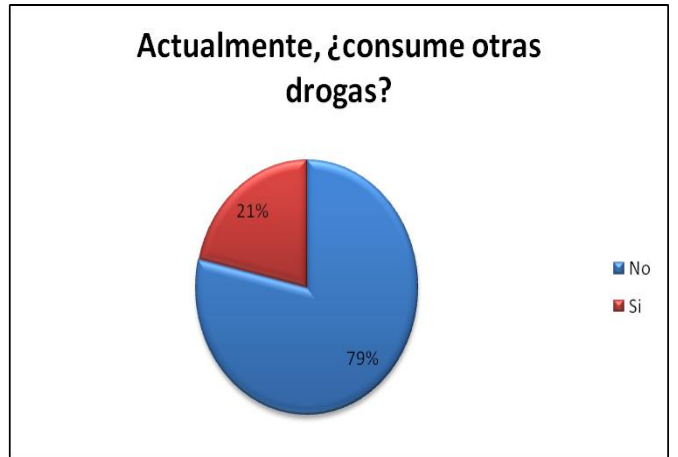
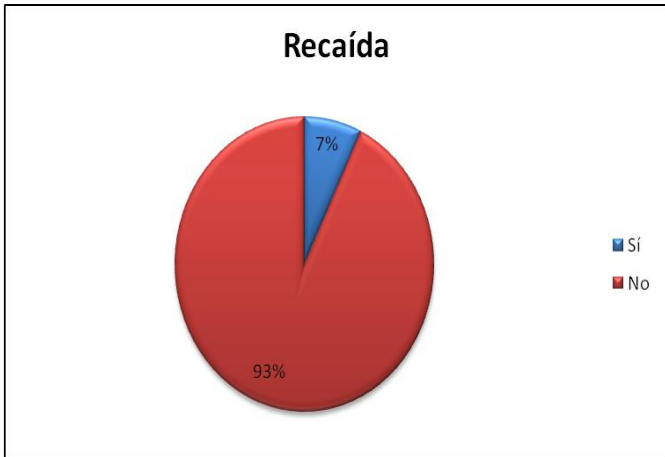


¿Cree que su dosis es correcta?



¿Está estable o en bajada?

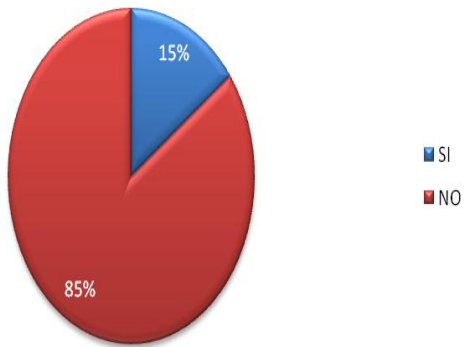




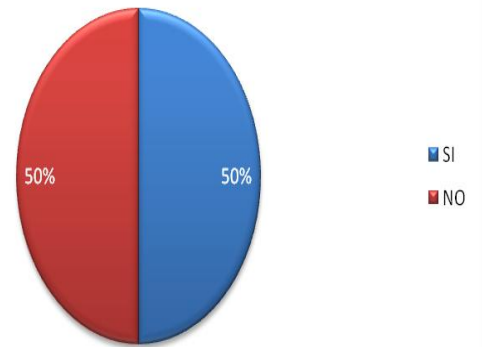
*Situación personal



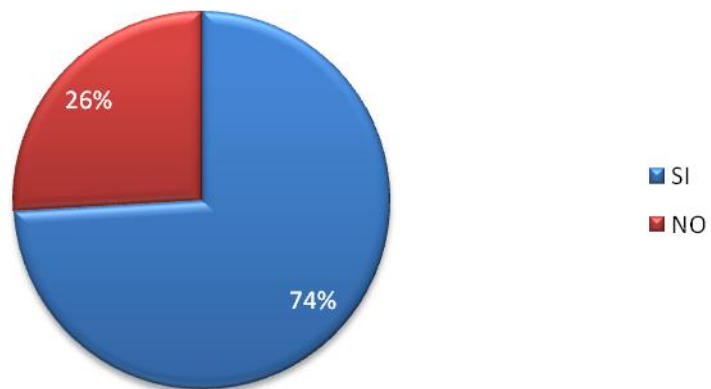
Otros Servicios



Aficiones



Apoyo familiar



8.3 Transcripción de las entrevistas

DUE del CAD 2

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?

Nombre: Estefanía Serratussell Sabater

Categoría: Enfermera

Lugar de trabajo: CAD 2

Antigüedad en el lugar de trabajo: Dos años

Lugar y fecha: CAD 2, 30 de mayo de 2013

1. A la pregunta de si participa activamente en el proceso terapéutico de los pacientes que atiende, Estefanía contesta que sí. Participa en el seguimiento semanal y en las reuniones que tienen de equipo y con otros dispositivos externos. Comenta que trabajan bastante en equipo.
2. Estefanía comenta que no actúan de referente. En pacientes con más patología clínica suele ser el médico, si es un tema más social o judicial, la trabajadora social y si es un tema psicológico, la psicóloga.
Pero ella sí que piensa que sería positivo que fueran los referentes en algunos casos porque al ver semanalmente a los pacientes se crea más vínculo en muchos casos que el que establece el médico, que lo ve una vez cada mes o cada dos meses. Y aunque no sean el referente “oficial”, sabe que lo son para algunos de estos pacientes por esta relación más estrecha que se crea, especialmente con pacientes cronicados que no avanzan o hacen menos proceso.
3. A la pregunta de cómo valora su intervención en comparación con las compañeras del dispensario, Estefanía contesta que es positivo hacer otras intervenciones que no sólo la dispensación de metadona y el control de orina, y todo atendido en un mostrador, en el que la comunicación es a través de una ventanilla, lo que dificulta el contacto y no permite intimidad.

Ella cree que el rol de la enfermera da para muchas más cosas, que pueden hacer seguimiento de la salud, de la dieta, de hábitos de salud en general, de ejercicio físico, de prevención de transmisión de infecciones, de cumplimiento del tratamiento, es decir de una serie de intervenciones que no se pueden trasladar al modelo del dispensario. Y ello principalmente a causa de las colas que se originan en algunos momentos, de la poca intimidad y del poco tiempo que se dispone con cada paciente.

4. Como ya ha señalado, para ella opta por el modelo de dispensación del CAD 2, piensa que es un modelo más efectivo.
5. Estefanía sí ha observado mejorías en el proceso de los pacientes que atiende. Que tengan que venir semanalmente a recoger la medicación, sentarse, charlar un ratito, atender a las preguntas que se les hace, que sientan que hay interés en ellos, les ayuda a estar más centrados en su proceso. Para algunos este modelo es algo novedoso pero luego se adaptan y responden más positivamente en su proceso.

DUE y Auxiliar de Clínica del Centro Dispensador

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?

Nombre: Verónica Carrión Mercado

Categoría: Enfermera

Lugar de trabajo: Dispensario

Antigüedad en el lugar de trabajo: Dos años y medio

Lugar y fecha: Despacho junto al centro dispensador, 21 de mayo de 2013

1. A la primera pregunta Verónica contesta con un rotundo sí. Explica que desde la intimidad que les permite su lugar de trabajo, tienen muy en cuenta la educación sanitaria que pueden trasladar a los pacientes que atienden: pautas que ayudan a una mejor toma de la medicación o pautas alimentarias, entre otras.

Se interesan sobre el tratamiento y sobre posibles síntomas, y les explican los efectos secundarios, tanto si son consultadas como si perciben algo distinto en el paciente.

Matiza que se hace lo que se puede dadas las limitaciones del dispensario y añade que no sólo se interviene en aspectos sanitarios, también en otros relacionados con temas más generales de la vida de los pacientes.

2. Verónica también piensa que sería más positivo tratar a los pacientes desde otro modelo que les permitiera tener más implicación en el tratamiento. Manifiesta que sería necesario tratar a los pacientes con más intimidad y desde un despacho.

Explica que muchos pacientes no saben que el personal del dispensario son enfermeras y auxiliares en contacto con todos los CADs, dice que para algunos, son “las chicas del dispensario” y por ello no tienen en cuenta sus consejos sanitarios. Desde otro modelo, la descentralización, el paciente sí que las vería como parte del equipo terapéutico. Además podrían tener siempre a la misma referente a la que realizar sus consultas.

Añade que los pacientes, en ocasiones, se han sentido un poco intimidados cuando ellas les han preguntado algunas cuestiones más personales o concretas, y que si ellos supieran que esa es su enfermera de referencia eso no sucedería. Además si pudieran hacer seguimiento, podrían pedir determinadas pruebas que consideraran necesarias y hacer un control de las analíticas.

Dice que, a veces, los pacientes les plantean todo tipo de cuestiones, no sólo sobre el tratamiento, también laborales, familiares o judiciales, para las que a veces no tienen respuesta. Si formaran parte del equipo, podrían plantear la consulta y luego responderles.

3. A la tercera pregunta Verónica comenta que en un despacho y siendo referente, las intervenciones pueden ser más eficaces porque el paciente sí que las vería como parte del equipo y con más autoridad. Así se encuentra que muchas veces “no les hacen caso” precisamente por no verlas como parte del equipo. Y que cuando derivan a los pacientes a otros profesionales, el psicólogo, la trabajadora social o el médico, por detectar precisamente un problema real o potencial, “no les hacen caso”.

Otro punto es que trabajando de la otra manera, como lo hace el CAD 2, podrían registrar las intervenciones que hacen, cosa que de momento no se ejecuta.

4. Para Verónica, la atención recibida por los centros de referencia es más efectiva para mejorar el tratamiento de los pacientes, principalmente porque es más personalizada, y según sus palabras: “porque tú lo controlas, tú los citas, tú trabajas con ellos. De esta manera -se refiere al dispensario- lo ves todo, sabes de que pie cojea cada uno, como vienen porque estás ahí y lo ves cada semana, y los ves a todos en conjunto, pero no puedes hacer nada, como mucho informar y derivar. No nos sentimos que formamos parte del equipo. Si que nos integran, por ejemplo en mi caso, el CAD 3 y yo voy y les informo de

las incidencias pero al final sino estás ahí no puedes trabajar en conjunto con los demás, entonces lo nuestro queda un poco como a saco roto”.

5. A la pregunta de si ha observado mejorías en el proceso de los pacientes que atiende, Verónica contesta que sí. Mejoras de mayor adherencia que advierte especialmente con pacientes que conoce de más tiempo y con los que se ha ganado su confianza. “Porque así ellos se fían más y cuentan más cosas, y además se fían más de lo que se les dice”. Afirma que en general si se puede hablar de mejorías, al menos en el proceso que hacen en el dispensario y con los pacientes que atienden de hace más tiempo. Y especifica que esa confianza es independiente de cualquiera de los dos modelos de atención, es un proceso que se gana con el tiempo.

También se ha encontrado con “gente muy intratable que a fuerza de verte y ver que aquí estamos para ayudar, se nos han acercado más”.

Y comenta la importancia de cómo se tramitan y se tienen en cuenta las incidencias que se pasan a cada CAD. Si el CAD tiene una buena respuesta ante una incidencia, eso repercute en que luego el paciente acude con otra actitud. Especialmente importante con pacientes un poco más complicados.

Nombre: Gema de Dios Gual

Categoría: Auxiliar de enfermería

Lugar de trabajo: Dispensario

Antigüedad en el lugar de trabajo: Un año

Lugar y fecha: Despacho junto al centro dispensador, 21 de mayo de 2013

1. Gema manifiesta que aunque no existe coordinación con los CADs de referencia, si que se interviene con los pacientes a nivel individual. Sobre todo ante sus demandas y especialmente con pacientes que ya hace tiempo que tratan.

Atienden sobre todo consultas relacionadas con la toma de metadona, explica que muchos pacientes notan cualquier pequeño cambio de sabor, causado muchas veces por el cambio de lote, o de productos para fabricarla. El verano también es una etapa en la que notan muchos cambios en la metadona.

Muchos pacientes traen problemas y se los cuentan a ellas, especialmente las madres de pacientes que hacen la recogida a sus hijos para las que muchas veces son un apoyo en el que desahogarse de los problemas que tienen ellos.

2. A la pregunta de si sería positivo que el personal de enfermería estuviera más implicado en el tratamiento de sus pacientes, Gema contesta con un rotundo sí. Dice que podrían ayudar a pacientes que sí que quieren cambiar su situación a los que distingue de pacientes que llevan muchos años tomando metadona, algunos hasta 20 años, y que no están

interesados en ningún otro proceso, y de pacientes que siguen consumiendo activamente, muchos de los cuales incluso se lo verbalizan, sobre todo los que vienen a hacer toma diaria, con los que tienen más confianza por verse a diario.

Gema añade que tiene un conjunto de pacientes muy integrado, que tienen trabajo normalizado y que toman muy poca cantidad, piensa que algunos de ellos serían aptos para otro tipo de tratamiento más normalizado, por ejemplo tomar suboxone en vez de la metadona, que es un medicamento mucho más estigmatizado. Se realizan algunas pequeñas intervenciones que se podrían ampliar atendiendo según el otro modelo.

3. Una de las mayores diferencias que observa Gema en comparación con el otro dispositivo de dispensación, es que allí se cuenta con más tiempo para realizar las intervenciones, “aquí es un poco a la batalla, al que venga, no te puedes preparar nada, controlas el que viene porque te sabes de memoria quien viene cada día de revenir cada semana, pero no es lo mismo porque allí los tienes citados, sabes quien va a venir tienes un registro de lo que han hecho las semanas anteriores, trabajas con el eSIAP –se refiere al programa informático-. Es una atención más individual y personalizada”.

Gema conoce bien de qué habla porque estuvo en el CAD 2 haciendo la sustitución de la auxiliar y reconoce que la diferencia es muy grande y que ella se queda con aquel modelo, porque le permite crear una relación más cercana con el paciente, lo que repercute más positivamente en su tratamiento.

4. Como ya ha señalado, Gema se queda con el modelo de dispensación del CAD 2, por el trato que le permite establecer con el paciente.

Nos matiza que, no obstante, que algunos pacientes prefieren el modelo del dispensario pues no están interesados en más relación que la recogida de metadona. “No quieren que tú sepas nada de su vida. Y algunos prefieren contarle a una persona menos íntima que han consumido o que han tenido una pelea”. Según Gema existe un perfil para los que la relación más distante del dispensario es más facilitadora, que no la del CAD 2 en la que se tiene más intimidad.

5. Gema también ha observado mejorías en el proceso de los pacientes atendidos en el dispensario. Sobre todo de tipo social, les notan más integrados y más estables. Comenta la importancia de las personas con las que se vinculan, muchos pacientes se relacionan entre ellos, los hay que siguen un buen proceso y los que no. Dependiendo de cual sea su proceso tendrá unas compañías u otras. Notan mejorías también en base a las relaciones y parejas que observan en ellos.

Médico CAD 2

Nombre: Juanma Alonso Ramis

Categoría: Médico

Lugar de trabajo: CAD 2

Antigüedad en el lugar de trabajo: 11 años

Lugar y fecha: CAD 4, 28 de mayo de 2013

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?

1. A la primera pregunta Juanma responde que los criterios están relacionados con las características individuales de cada paciente; el lugar donde vive, si está en un piso, en la calle o en un albergue; y el grado de motivación y compromiso del paciente con el tratamiento.

Para él la dispensación a nivel ambulatorio, en el CAD, ofrece unas mejores posibilidades al paciente, por eso es la que prioriza siempre que se den las características necesarias.

El perfil de paciente que viene al CAD es un perfil de paciente comprometido, con un lugar de vivienda óptimo, y sobre todo con el compromiso de mantener la abstinencia a tóxicos.

2. A la pregunta de si observa diferencia entre los pacientes de uno u otro dispositivo Juanma contesta que sí. Para él en el CAD hay un mayor compromiso y más control y supervisión que la que se da en el dispensario, de esta manera se puede trabajar mucho más la motivación, lo que a la vez hace que el paciente esté más comprometido en su tratamiento, y que este vaya mejor.

El paciente es atendido a solas, recoge la metadona en un despacho, con una entrevista con la enfermera o la auxiliar de enfermería. De esta manera se puede trabajar mucho más la confidencialidad y el compromiso.

Y lo que permite también la recogida semanal en el CAD es el poder resolver cualquier problema que tenga el paciente en ese día. Ya sea con la medicación, problemas de recogida, u otros. Se pueden responder las dudas al momento porque en el CAD está todo el equipo, el médico, el psicólogo y la trabajadora social.

Normalmente el objetivo principal de los tratamientos es la abstinencia a tóxicos y ese trabajo se puede hacer mucho más desde el CAD, porque facilitamos una mayor adherencia.

La diferencia fundamental es que la enfermera que ve al paciente en el CAD, ve a su paciente, mientras que en el dispensario la enfermera que lo atiende no tiene porque ser su enfermera de referencia.

3. Como podemos suponer con lo dicho hasta el momento, para Juanma el dispositivo más efectivo de recogida es el del CAD. Para él el tratamiento de toxicomanías tiene que ser un tratamiento integral, ubicado todo en el mismo centro y que el paciente se pueda beneficiar de todos los profesionales. De esta manera se favorece el compromiso, la abstinencia y la adherencia al tratamiento. Juanma propondría y lucharía por que las dispensaciones fueran en el CAD por una mayor eficacia y unos mejores resultados.