

Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona

ESCUDERO TORRAS, M.

Asociación Bienestar y Salud.

Enviar correspondencia a:

Marta Escudero. Asociación Bienestar y Salud. C/ Sant Germà, 12, 1º. 08004 Barcelona. Tlfn. 934.26.86.20. Correo electrónico: ab@abs-ong.org

RESUMEN

Este trabajo analiza la evolución de 40 personas en Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) mediante la pasación de un cuestionario en dos momentos temporales del tratamiento: a los 9 meses y a los 4 años del inicio. Se han investigado: a) las modificaciones realizadas a lo largo del tratamiento, b) la situación de los participantes a los 4 años y c) la situación de los que ya no están en el PMM. Los resultados muestran que los cambios más notables se han realizado entre el período anterior al PMM y los 9 primeros meses. La percepción de mejoría entre los dos momentos temporales evaluados posteriores al inicio, no es muy significativa y parece que a los 4 años se han mantenido y afianzado los objetivos conseguidos en el primer momento temporal. Los resultados son coincidentes con los estudios consultados, tanto en las áreas con mejoras (familia, relaciones sociales, salud, conductas de riesgo, criminalidad y consumo drogas) como en las que éstas no se producen (trabajo y formación) y también en la forma que estas mejorías progresan en el tiempo.

Palabras clave: PMM, evaluación, tratamiento drogodependientes, heroínmano, rehabilitación.

ABSTRACT

This study analyses the evolution of 40 persons following a Methadone Maintenance Program by means of a questionnaire to compare participant's situation at two times: after nine months of treatment and four years after the beginning. Were investigated a) the modifications during the treatment, b) the participants situation after four years and c) the situation of those who are no longer part of the MMP. The results indicate that the most important modification occurred between the period anterior to the MMP and the nine first months. The perception of recovery between the two evaluations after the beginning is not significant and it seems to indicate that after four years, the objectives obtained at first were maintained and strengthened. The results are coincident with other studies, in areas with improvement (families, social relations, health, risky behaviours, criminality, drugs consume) as well as in areas with no improvement (work, scholar and professional formation) and also in the way these improvement progress.

Key words: MMP, evaluation, drug-abusers treatment, heroin addict, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Los primeros programas asistenciales dirigidos a heroínmanos tenían un alto nivel de exigencia en sus resultados, pues el principal objetivo era conseguir la abstinencia en el consumo del tóxico (Vecino, Ribot y Torralba, 1996). La realidad era que muchos sujetos continuaban el consumo aumentando su degradación y marginalidad y repercutiendo su conducta negativamente en la comunidad.

Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), desde su creación por Dole y Nyswander a principios de 1960, se plantearon como una propuesta de tratamiento dirigida a adictos a drogas por vía

parenteral (ADVP), que no deseaban o no podían abandonar el consumo de opiáceos. Han utilizado una sustancia opioide –la metadona– con objetivos terapéuticos y se han diseñado como programas individualizados en los que además de la dispensación del fármaco deben atenderse las dificultades personales, psicológicas, afectivas o sociales de cada paciente (Newman, 1996). Se pensaron para reducir la necesidad compulsiva por la heroína y así posibilitar una reinserción efectiva y duradera no saboteada ni impedida por las sucesivas recaídas (Roig, 1991).

En la actualidad, se incluyen en los llamados "Programas de reducción de riesgos" (*Harm reduction*). Dan prioridad a la disminución de los efectos negativos del consumo y se ofrecen como una alternativa

valiosa, sin excluir los programas libres de drogas (Vecino, Ribot, Torralba, 1996).

Anteriores estudios y evaluaciones (Deglon, 1988; Fernandez, Diaz, González y Bobes, 1994; Parrino, 1997; Reijneveld y Plomp, 1993; Wenstein, Gottheil, Sterling et al., 1993; Wilwarth y Golstein, 1974) constatan mejorías importantes en los participantes en el PMM y nuestra evaluación se propone comparar si nuestros resultados son semejantes o hay diferencias.

El motivo del presente estudio es **conocer si los PMM que se están realizando desde finales de 1990 en los CAS Sarriá-Sant Gervasi y CAS Sants** de la ciudad de Barcelona (centros homólogos de titularidad municipal y adscritos al Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona) gestionados por la Asociación Bienestar y Salud, **suponen mejorías en la situación personal y social de sus participantes a los 4 años del inicio y en comparación a una evaluación realizada a los 9 meses** (Escudero y Ferrer, 1995).

Los **objetivos específicos** de este estudio evaluativo han sido:

- Analizar la evolución y modificaciones realizadas durante el PMM en varias áreas relacionadas con la salud y la relación con el entorno.
- Conocer la situación personal y social de los participantes a los 4 años del inicio del programa.
- Conocer la situación de los que ya no están en el PMM.

Se trata de una evaluación realizada durante el proceso de ejecución, evidentemente parcial y centrada en los objetivos previstos en el PMM. Incluye evaluadores externos e internos y parte de una primera evaluación realizada en 1993. Ha seguido un diseño de medidas repetidas.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra está formada por 40 personas que iniciaron el PMM entre diciembre de 1990 y junio de 1992. Se hizo una primera evaluación del tratamiento a los 9 meses y una segunda a los 4 años (± 3 meses) del inicio.

Los sujetos evaluados (40) forman parte de una muestra inicial de 117 personas, de las cuales se entrevistaron 80 en la primera evaluación y 63 en la segunda. No fueron localizadas 24 personas en la primera evaluación y 25 en la segunda. El resto, no se entrevistaron a petición del terapeuta, o bien fueron excluidos por poca permanencia en el programa, habían fallecido o no aceptaron ser entrevistados. Se han seleccionado para el presente estudio los **participantes que en el momento de la segunda entrevista hacía 4 años**

que habían iniciado el tratamiento y también habían sido entrevistados en la primera valoración (9 meses de tratamiento). En total 40 personas.

En la Tabla 1 presentamos sus características demográficas y el número de tratamientos realizados con anterioridad a este PMM.

Tabla 1. Descripción de las características de la muestra y tratamientos realizados con anterioridad al PMM

	N	%
SEXO		
Hombre	31	77,5
Mujer	9	22,5
EDAD		
21-25	2	5
26-30	11	27,5
31-35	16	40
36-40	8	20
>40	3	7,5
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeto	1	2,5
Estudios Primarios incompletos	5	12,5
Estudios Primarios completos	3	7,5
Graduado escolar	9	22,5
FP1	4	10
FP2	3	7,5
BUP/COU	12	30
Univ. Media	1	2,5
Univ. Superior	1	2,5
No consta	1	2,5
PROFESIÓN		
No tiene	7	17,5
Mano de obra sin cualificar	17	42,5
Administrativo	4	10
Comerciante	3	7,5
Profesional liberal/ funcionario	4	10
Otros	5	12,5
TRATAMIENTOS PREVIOS		
Desintoxic. Hospitalaria o ambulatorio		
No han realizado desintoxicación	9	22,5
Han realizado de 1-4	20	50
Han realizado de 5-8	7	17,5
>8	5	12,5
Programas Libres de Drogas (PLD)		
No han realizado PLD	29	72,5
Han realizado de 1-4	9	22,5
>4	1	2,5
No contesta	1	2,5
Programas de tratamiento en Comunidad Terapéutica (CT)		
No han estado en CT	23	57,5
Han realizado de 1-4 estancias	15	37,5
>4	1	2,5
No contesta	1	2,5
Tratamientos Previos con Metadona		
No hay tratamiento previo	34	85
1 tratamiento previo	5	12,5
No contesta	1	2,5
TOTAL TRATAMIENTOS ANTERIORES		
Ninguno	4	10
De 1-4	17	42,5
De 5-8	12	30
De 9-12	5	12,5
>12	2	5

Cuestionario

Se diseñó un cuestionario que permitiese medir la evolución en diversas áreas (dimensiones) de la vida de las personas en PMM que están sujetas a modificación según los objetivos de dichos programas. Estas dimensiones se agruparon en bloques temáticos de los cuales se sacaron indicadores que, a su vez, se tradujeron en preguntas. Estos fueron: 1. Relaciones interpersonales; 2. Salud, hábitos higiénicos y conductas de riesgo; 3. Actividades delictivas; 4. Economía personal; 5. Laboral, formación y tiempo libre; 6. Consumo de drogas; 7. Perspectivas de futuro; 8. Implicación y valoración del PMM; 9. Retención y situación de los participantes que han salido del PMM. (Además, en la primera medición, se investigaron también los motivos de inicio del PMM.)

El cuestionario consta de preguntas abiertas, cerradas y mixtas. Se administró en forma de entrevista personal por entrevistadores externos al programa y formados previamente. Para valorar su adecuación se ensayó previamente con un grupo de drogodependientes que realizaban un tratamiento similar, si bien no formaban parte de la muestra.

Procedimiento

A los participantes en el presente estudio se les han realizado **dos pasaciones del cuestionario**:

- 1) 9 meses de tratamiento (\pm 3 meses). Responden sobre su situación con relación a dos períodos diferenciados: los 6 meses anteriores al PMM y los últimos 6 meses. A falta de un cuestionario previo (observación inicial), podíamos conocer la situación percibida en los usuarios antes de inicio del PMM.
- 2) 4 años de tratamiento (\pm 3 meses). Responden sobre su situación de los últimos 6 meses, tanto si están en el PMM como si ya no están.

Los momentos temporales se eligieron al azar, teniendo en cuenta poder disponer de la colaboración de la Escuela Universitaria de Trabajo Social (E.U.T.S.) de la Generalitat de Catalunya para la realización del trabajo de campo.

El estudio se planteó como longitudinal y retrospectivo. En las dos observaciones se utilizó el mismo cuestionario para garantizar la comparabilidad.

La pasación de cuestionario se realizó siempre que fue posible en los centros de tratamiento. Cuando fallaron repetidamente a las citas, se realizaron por teléfono (a los 4 años, 10 personas). Un participante se entrevistó en el autobús de dispensación de metadona y en otra ocasión, se fue al domicilio porque el estado de salud impedía desplazarse.

Una vez establecida la clasificación de las respuestas, se procedió a un primer análisis estadístico a tra-

vés del SPSS 6.1 para windows. Se optó por trabajar tablas de contingencia para cada ítem y aplicar el estadístico chi-cuadrado.

A las preguntas abiertas del cuestionario se aplicó el método del análisis del contenido en su variante cuantitativa: la información básica es la frecuencia de aparición de determinados contenidos previamente agrupados en categorías significativas.

RESULTADOS

Los resultados de la muestra estudiada ponen de manifiesto cambios importantes entre la situación previa al inicio del PMM y los 9 meses posteriores y como esta situación no ha empeorado en ninguna de las áreas estudiadas a los 4 años.

Globalmente, los resultados más significativos son los siguientes:

1. Relaciones interpersonales

Los sujetos de la muestra viven de forma mayoritaria con su familia de origen tanto en el período precedente al PMM como en las dos evaluaciones realizadas. Un 75% de la muestra opina que su relación familiar ha mejorado durante el tratamiento y un 85% dice recibir ayuda de su entorno familiar.

El número de toxicómanos con hijos es del 32,5% y no aumenta apenas durante los 4 años de PMM. Así, entre los 6 meses antes del PMM y los 9 meses posteriores, solamente uno de los participantes tuvo un hijo y a los 4 años, únicamente una participante que tenía un hijo tuvo el segundo.

Un 17,5 % de la muestra percibe mejoría en la relación de pareja que se manifiesta en una mayor ayuda mutua y más amplia manifestación de sentimientos. Además, un 32,5% de sujetos que antes del PMM tenían pareja drogodependiente han roto dicha relación.

Se percibe una evolución positiva en las relaciones sociales: en la primera observación, un 45% de la muestra opina que se ha ampliado su red social y ha cambiado sus amistades, mientras que en la segunda observación, este porcentaje es del 65 %.

2. Salud, higiene y conductas de riesgo

En la primera valoración un 65% y en la segunda un 67% de los encuestados opinan que su salud ha mejorado. Comparando el período anterior al PMM y el seguimiento a los 9 meses, los episodios asimilables a bajas laborales presentan una mejoría significativa estadísticamente ($p < 0.05$). Tampoco parece haber un empeoramiento si comparamos la primera y segunda valoración en los días de hospitalización, a

pesar de que una parte de la muestra tiene VIH +. También las sobredosis desaparecen casi por completo (95%) y presentan una mejoría significativa a los 9 meses del inicio ($p < 0.001$).

Los participantes presentan un notable aumento

del peso corporal ya a los 9 meses del inicio, que se va incrementando durante el tiempo de estancia en el PMM. A los 4 años del inicio, el 90% de la muestra ha aumentado más de 6 kilos y de ellos el 50% ha aumentado entre 11kg. y 23 Kg ($p < 0,025$).

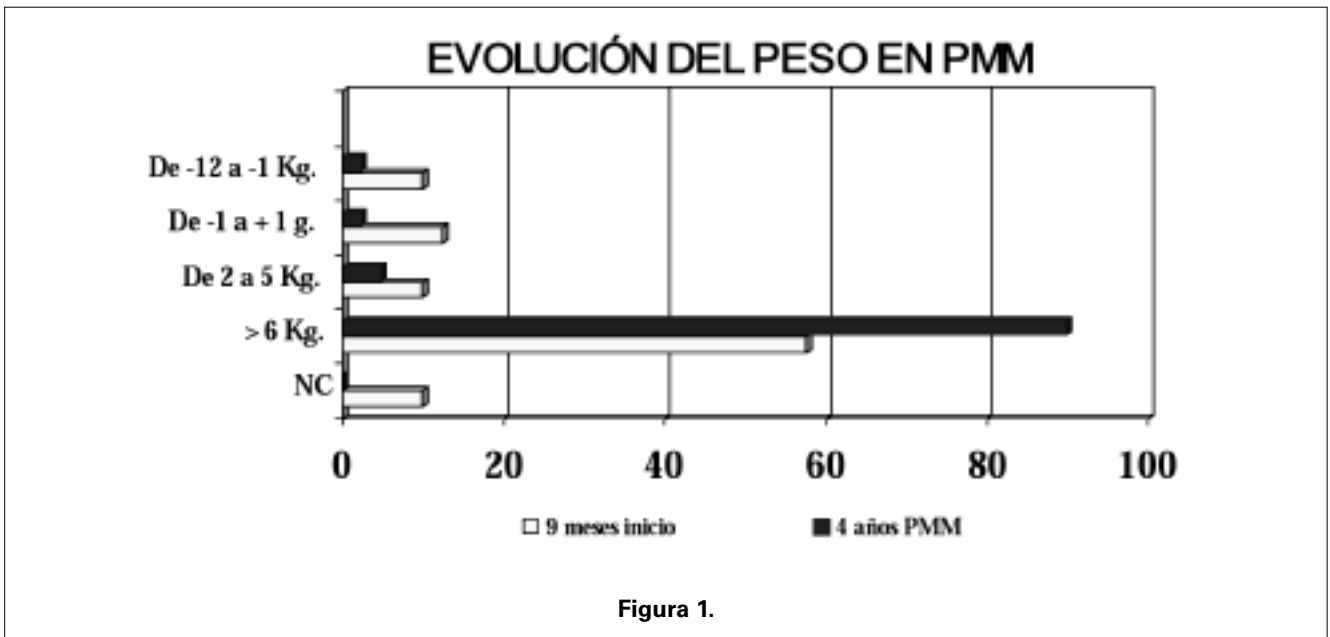


Figura 1.

Es portadora del VIH+ el 40% de la muestra, sin que desde el seguimiento a los 9 meses y el realizado a los 48 meses se haya constatado ningún aumento de la seroprevalencia. La tasa de mortalidad acumulada a los 4 años es del 15,2% del total, lo que supone un 3,80 anual. Las principales causas de muerte son: Sida el 71,5% y sobredosis, suicidio, muerte violenta y causas mal definidas un 7,1% cada una de ellas.

Hay una sensible disminución en el intercambio de jeringuillas entre los 6 meses antes del PMM y los 9 meses siguientes del inicio ($p < 0,025$). A los 4 años ninguno de los participantes acepta compartir la jeringuilla (ni siquiera esporádicamente), incluso los que reconocen algún consumo (20%).

En la utilización del preservativo, los resultados muestran que en el seguimiento a los 9 meses el grupo mayoritario (42%) no utiliza nunca el preservativo en sus relaciones sexuales. El grupo mayoritario (32,5%), en cambio, en el seguimiento a los 48 meses es el que lo utiliza siempre ($p < 0,01$).

3. Actividades delictivas

En este apartado constatamos una intensa disminución de la actividad delictiva. Seis meses antes del PMM nuestros usuarios admitían cometer una media de 31,53 delitos de todo tipo durante los 6 últimos meses antes de iniciar el PMM. Esta media en el período de seguimiento a los 48 meses, se reduce a 3,17 ($p = 0.013$). Esto significa, a grandes trazos, que el conjunto de usuarios del PMM admite haber cometido en

el período anterior al inicio del tratamiento un total de 1.216 delitos (excluido el tráfico de drogas), cifra que se reduce a 127 para un período similar (6 meses) cuando se les pregunta a los 4 años.

Hay una importante disminución de hurtos ($p < 0.01$), robos a personas ($p < 0.05$), tráfico de drogas ($p < 0.25$) y agresiones ($p < 0.025$), con significación estadística entre el período anterior al PMM y los 9 meses. Esta tendencia prosigue de forma que en el seguimiento a los 4 años, los usuarios apenas admiten actividades delictivas. Esto se traduce en una significativa disminución en las detenciones. Así, el 55% de los participantes no había sido detenido 6 meses antes del PMM y este porcentaje aumenta al 92,5% en el seguimiento a los 4 años ($p < 0.001$).

Es interesante observar también que en la conducción bajo los efectos de las drogas o la metadona (aspecto en el que no se dan cambios significativos entre el período anterior al PMM y los 9 meses) se registra una diferencia muy significativa ($p < 0.001$) cuando comparamos los 9 meses con los 4 años.

4. Economía personal

En este apartado se observa un cambio significativo en la procedencia de los ingresos si comparamos 6 meses antes del inicio del PMM y los 9 meses de su inicio ($p < 0.001$). Disminuyen los ingresos por trabajo y actividades no legales (preferentemente estas últimas) y aumentan los ingresos que provienen de la familia, pensiones o prestaciones sociales. La diferen-

cia entre los 9 y los 48 meses apunta una recuperación de los ingresos provenientes del trabajo, un aumento notable de las prestaciones sociales y una desaparición total de las actividades ilegales.

El "gasto diario" de los participantes antes de iniciar el PMM se sitúa mayoritariamente (60%) por encima de las 10.000 ptas. diarias. Esta cantidad se mantiene en el 5% de ellos a los 9 meses del inicio ($p < 0.001$) y desaparece a los 48 meses. También el hecho de "pedir limosna" disminuye a los 9 meses del inicio ($p < 0.05$) y casi ha desaparecido a los 4 años del inicio.

5. Laboral, Formación y tiempo libre

No se observan mejoras notables en la situación laboral. De todas formas, a los 4 años la mayoría de los participantes (52,5%) aprecian mejoras y dan como razones que mantienen mejores relaciones con los compañeros, son más responsables y les tienen más confianza.

En cuanto a la formación, nuestra muestra presenta muy escasa escolarización. Una tercera parte de los participantes (32,5%) opinan que su nivel de instrucción ha mejorado durante el PMM y se corresponde a personas que han realizado tanto cursos de formación de adultos como formación ocupacional y/o laboral en este tiempo.

Mayoritariamente, valoran el tiempo libre como más gratificante (85%) y manifiestan en la explicación cualitativa de este apartado que con el PMM disponen de más tiempo libre, han mejorado las relaciones familiares y sociales y no están tan apáticos.

6. Consumo de drogas

El consumo diario de alcohol ha disminuido: 6 meses antes del PMM eran el 42,5%, a los 9 meses del inicio el 32,5% y a los 4 años el 20%. Los abstemios han aumentado: 6 meses antes del inicio eran el 22,5%, a los 9 meses el 37,5% y a los 4 años el 40%.

Se confirma una disminución significativa del consumo de anfetaminas ($p < 0.05$) y del consumo de barbitúricos ($p < 0.005$), comparando la situación previa al PMM y el seguimiento a los 9 meses.

En lo que se refiere al consumo de cocaína ($p < 0.005$), tranquilizantes ($p < 0.05$), cannabis ($p < 0.001$) y heroína ($p < 0.001$) la diferencia entre la situación previa y la observada a los 9 meses es también estadísticamente significativa. En estas sustancias se observa, además, una segunda disminución significativa entre los 9 y los 48 meses.

En conjunto a los 4 años del inicio del PMM, el consumo de drogas es pequeño en la mayoría de las sustancias estudiadas, pero se mantiene el cannabis con mayor o menor frecuencia (42,5%), al alcohol en mayor o menor medida (60%) y el tabaco (95%). En la heroína el consumo diario o frecuente se situaba 6 meses antes del PMM en el 97,5%, a los 9 meses el 12,5% y a los 5 años el 5%.

7. Perspectivas de futuro

Con relación al tiempo que los usuarios piensan estar en PMM, cuando la evaluación se realiza a 9 meses de tratamiento, responden de forma mayoritaria que piensan estar en el PMM uno o dos años. Con

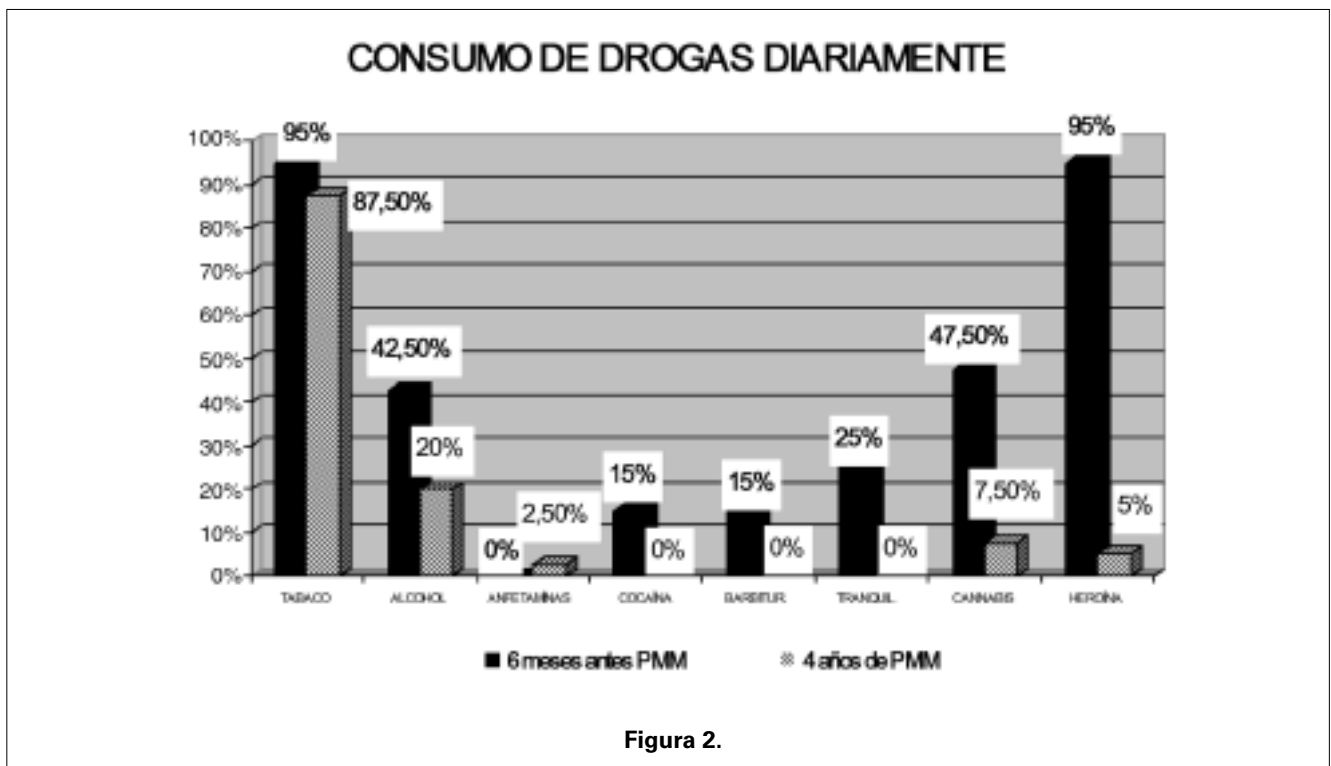


Figura 2.

posterioridad, a los 4 años del inicio, la moda estadística se sitúa en la respuesta "no me lo planteo". Parece que algunos usuarios que se planteaban una permanencia corta en el PMM ya lo han abandonado. Sin embargo, los que continúan, mayoritariamente, se plantean su estancia en el PMM como ilimitada (45%). Comparando este ítem con la respuesta a los 9 meses hay una diferencia significativa ($p < 0.05$).

8. Implicación y valoración del PMM.

El nivel de satisfacción de los participantes es alto.

La asistencia a talleres y recursos en los dos períodos estudiados es muy minoritaria (10%). El profesional más visitado es el terapeuta y la frecuencia y periodicidad de su intervención va disminuyendo: el 50% de los entrevistados a los 9 meses lo visita con

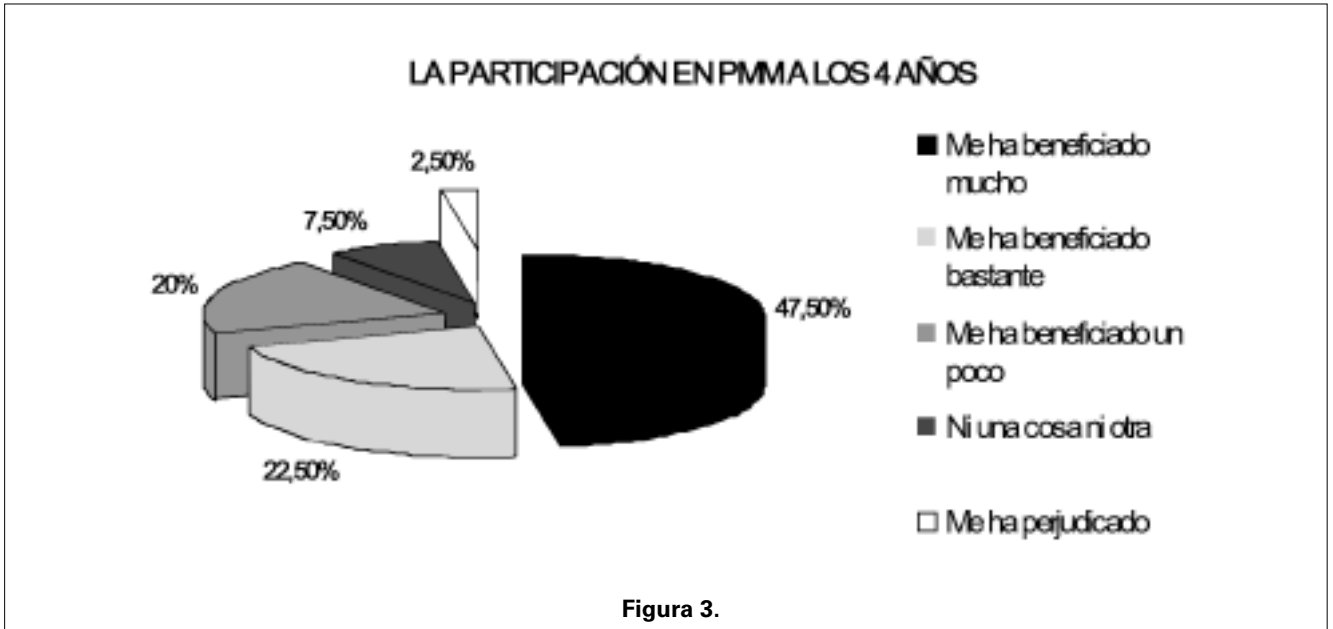


Figura 3.

una frecuencia mensual. A los 4 años en el 42,5% de la muestra la frecuencia es trimestral ($p < 0,025$).

9. Retención del PMM

La retención en los sujetos participantes en el estudio es a los 9 meses del inicio es del 87% (35 personas) y a los 4 años, del 70% (28 personas).

A los 4 años del inicio, del total de la muestra ($n=40$), habían interrumpido el tratamiento 12 personas (30%) y la valoración de la situación post tratamiento se realizó entre los 12 meses como mínimo y a los 42 meses como máximo, tras el cese o última dosis de metadona. Los motivos para dejar el PMM en la mitad de los sujetos, fue la finalización de su estancia de común acuerdo con el equipo profesional y la otra mitad lo abandonó. El 75% de ellos (9 personas) eran seronegativos, no compartían jeringas, no utilizaban preservativo, no delinquir, trabajaron durante los últimos 6 meses y estaban abstinente a todo tipo de sustancias psicoactivas y el 25% de ellos valoraba positivamente la participación en el programa (el nivel subjetivo de valoración del PMM es menor que entre las personas que están en tratamiento). El resto de ellos (tres personas) que habían interrumpido el PMM, eran de nuestra muestra total, los que mantenían un consumo diario de opiáceos y también conductas delictivas.

DISCUSIÓN

Para hacer una valoración global deseamos recordar que nuestra muestra inició el PMM entre finales del año 1990 y junio del 1992. Pertenece por tanto, a los primeros grupos de pacientes que se incorporaron a programas de metadona en centros acreditados que realizaban hasta entonces programas libres de drogas y que fueron homologados como dispensadores de metadona en virtud del real Decreto 75/90 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cuando 9 meses posteriores al inicio del PMM se les preguntó por las razones de más peso para decidir ponerse en tratamiento manifestaron: la conciencia de no poder abandonar el consumo (83%) y el fracaso de otros tratamientos (76%), seguidos en importancia por los problemas económicos, de salud y el no querer delinquir. En apariencia, nuestros participantes son personas con un consumo de heroína muy crónico y con muchos intentos de tratamientos previos, que parece son conscientes de no ser capaces de vivir sin esa sustancia, que presentan sufrimiento físico y psíquico y que viven con una precaria economía y en constante conflicto con la sociedad. Probablemente todos estos factores, conjuntamente, les ayudaron a madurar su voluntad de cambio.

Los resultados evidencian cambios importantes entre la etapa previa al inicio del PMM y los 9 meses posteriores y en ello debe tenerse en cuenta el posible interés personal para ingresar en PMM cuando se está en situación límite (Rodríguez Martos, 1994). Posiblemente, el período justamente anterior al PMM es significativamente problemático y este hecho contribuye a que el sujeto se plantee la inclusión en el PMM (Reno y Aiken, 1993).

La tasa de mortalidad acumulada (15,21%) es superior a la de otros estudios realizados en nuestro país (Girón y Martín, 1988). Ellos indicaban su vez, que su tasa era significativamente mayor a la señalada en estudios de finales de los ochenta. Posiblemente, debe considerarse el progresivo envejecimiento y la importante cronicidad previa al PMM.

• Según el objetivo que se ha planteado: **analizar la evolución y modificaciones realizadas durante el PMM en varias áreas relacionadas con la salud y con el entorno** -y siempre teniendo en cuenta que se trata de una percepción subjetiva extraída de las respuestas a un cuestionario-, parece que los cambios más notables se han realizado entre el período anterior al PMM (6 meses antes) y la primera valoración (9 meses posteriores al inicio). La percepción de mejoría entre los dos momentos temporales de recogida de información - 9 meses del inicio y 4 años -no es muy significativa. Parece que el PMM a los 4 años ha servido para mantener y afianzar los objetivos conseguidos en el primer momento temporal. Globalmente, se analizarán:

A. Los *efectos inmediatos* del PMM esto es, que aparecen entre los 6 meses antes del PMM y los 9 meses posteriores al inicio *y se mantienen a los 4 años*.

B. Cambios significativos que se manifiestan entre *los 9 meses posteriores al inicio y los 4 años de PMM*.

A. Efectos inmediatos más destacados del PMM que se mantienen durante el tratamiento.

• *Una importante mejoría en la esfera familiar y relacional.*

Coincide con otro trabajo realizado en nuestro país y en época similar (Fernández, Díaz, González y Bobes, 1994) el alto porcentaje de convivencia con la familia de origen. Parecen haber importantes cambios cualitativos en la convivencia que beneficia a todos los implicados. La estabilidad en el PMM puede hacer posible un cambio de percepción y el inicio de mutua confianza (Kosten, Jalali, Steidi y Kleber, 1987). En conjunto, la mejor relación familiar (Reno y Ayken, 1993) que es percibida por el drogodependiente como un mayor soporte y cohesión grupal, le ayuda a mejorar las situaciones de disconfort psíquico y a disminuir

los niveles de ansiedad y depresión (Rutherford, Metzger y Alterman, 1994).

La evolución positiva en las relaciones sociales (65%) seguramente ha mejorado la autoestima del sujeto y los resultados del PMM. Los participantes que no mejoran sus relaciones interpersonales parece que obtienen resultados más pobres del PMM (Goehl, Nunes y Hilton, 1993) pues los compañeros consumidores mantienen la presencia de un modelo disfuncional, favorecen la repetición de los rituales y pueden aumentar el deseo de drogas.

En la variable edad, diferentes estudios realizados por nuestra entidad (Asociación Bienestar y Salud) manifiestan un progresivo envejecimiento en las muestras y en consecuencia, un aumento en el número de hijos. En una muestra de 1986 tenían hijos el 23,2%, en 1991 un 32,7%, en 1993 un 36% y en la muestra de nuestro estudio un 32,5%. De todas formas, hemos observado que durante los 4 años en PMM, no ha aumentado apenas la natalidad y parece esperanzador que esta muestra con muchos años de consumo y marcado deterioro, muestre un mayor sentido de realidad y responsabilidad en sus limitaciones personales. Es positivo también que los que han respondido a la pregunta abierta con relación al cuidado de los hijos manifiestan que hay mejor ambiente en casa y se comunican con ellos con más confianza y respeto.

• *En el apartado de salud, higiene y dietética una mejor percepción de su salud con mejorías significativas.*

• *Disminuye significativamente la práctica de intercambiar jeringuillas.*

Los PMM parecen tener un importante papel en la reducción del intercambio de jeringuillas como comportamiento de alto riesgo de los ADVP (Baker et al. , 1995; Caplehorn y Ross, 1995; Longshore y al. 1993; Weddington, 1990-91) hecho que también sucede en nuestro trabajo. Presentan un 40% de VIH+ (porcentaje que no es elevado si lo comparamos con el del *Servei d'Epidemiologia de l'Institut Municipal de la Salut de Barcelona*, que este mismo año 1996 presentaba un 56,4% de VIH+ en ADVP). Inyectarse menos, abandonar el hábito de compartir jeringuillas y mayores precauciones en la conducta sexual (con mejoría significativa entre los 9 meses y 4 años), ha influido probablemente en que no se haya producido ninguna seropositividad en el período estudiado.

• *Las conductas delictivas se han reducido notablemente.*

Nuestra muestra, al igual que citan diversos artículos y estudios (Déglon, 1988, Weddington, 1990-91; Weinstein y al. , 1993; Wilmarth y Goldstein, 1974) manifiesta una efectiva reducción de la actividad anti-

social (que además va disminuyendo a lo largo del tratamiento). La mejoría en esta área es beneficiosa pues el hecho de ser penalizado por la justicia aumenta la marginación del drogodependiente y dificulta aún más su futura integración social.

- *Se modifican las principales fuentes de ingresos económicos y se reduce el gasto diario.*

En ello posiblemente haya influenciado que las pensiones no contributivas y la renta mínima de inserción (PIRMI) se han ido implementando a partir de los años 90. También el hecho de recibir atención social que les ha facilitado el acceso a las redes sociales y a los beneficios asistenciales a que tienen derecho y que les permiten subsistir (Zlotnick y Robertson, 1996). Todo ello incide seguramente en la disminución de las actividades delictivas y en que la conducta de pedir limosna haya desaparecido casi por completo.

En caso de optar por una pensión de incapacidad no contributiva, en la que los trámites suponen varios meses y el importe se acumula y se cobra de forma retroactiva en una sola paga (que puede ascender a varios cientos de miles de pesetas), hemos observado en la práctica que el hecho de disponer de tanto dinero de golpe, puede desencadenar de nuevo la conducta de consumo de drogas. En este sentido, algún estudio ha confirmado que el PMM no fue suficiente para evitar la recaída en los que cobraron de golpe una cantidad alta, pero sí fue efectivo en los que cobraron una cantidad "razonable" (Herbst et al., 1996). Debería valorarse la forma de conseguir que las ayudas de la administración ejerzan siempre un efecto protector.

El gasto diario -que era superior a 5.000 ptas./día antes del PMM (77,5%)- se va reduciendo drásticamente y significativamente durante el PMM. A los 4 años del inicio el 80% gasta entre cero y mil pesetas diarias, una cantidad más acorde con la realidad de sus ingresos laborales, subsidios o pensiones.

- *El consumo de drogas se reduce*

Aunque desde el inicio del PMM se fomentan estilos de vida sin tóxicos, debe tenerse en cuenta que son pacientes muy cronicados y no hay motivos para esperar que progresen rápidamente hacia una abstinencia total. El alcohol es una sustancia que al inicio del PMM consideran como aceptable, ya que es legal y conseguir cambiar estas opiniones supone actuaciones continuadas e insistentes del equipo profesional. La tasa de prevalencia del "abuso" de alcohol, según citan Stastny y Potter (1991), se sitúa en la mayoría de los estudios americanos entre el 20% y el 50%, siendo debidas las variaciones al método utilizado en la identificación de los problemas, a factores sociales, culturales y a las características de la población.

En el consumo de heroína, y según citan autores americanos (Parrino, 1997; Weddington, 1991), en numerosas evaluaciones de PMM se ha observado que su uso se mantiene en mayor o menor proporción (entre el 1% y el 47% en pacientes con al menos 6 meses de tratamiento, en una revisión de 24 programas financiada por el GAO; o entre el 10% y el 57% en revisión subvencionada por el NIDA de otros 6 programas), dependiendo de las dosis de metadona y de las características del programa y de los pacientes. Asimismo, parece que la disminución en su consumo es proporcional a la duración del tratamiento (Déglon, 1988; Kang y De Leon, 1993). Globalmente, ha habido una reducción importante y paulatina del consumo de otras sustancias psicotrópicas. Parece ser relativamente común que los pacientes en PMM continúen el consumo de tóxicos al inicio del programa y lo vayan reduciendo paulatinamente pues tienen un largo historial de adicción a sustancias psicotrópicas y la sustitución farmacológica no excluye el deseo subjetivo de "coloque" (Rodríguez-Martos, 1994).

B. Cambios significativos que se manifiestan entre los 9 meses posteriores al inicio y los 4 años de PMM.

No ha habido empeoramiento en ninguna de las áreas estudiadas y se ha constatado una mejoría en este período que presenta significación estadística en los siguientes puntos:

- *Se observa un aumento importante del peso corporal.* Sin embargo, en los resultados de las analíticas de sangre desde los 9 meses hasta los 4 años del PMM no se observan mejorías reales en la mayor parte de ellos. Nuestro equipo sanitario confirma que es frecuente esta percepción subjetiva de mejoría, y que ésta tiene un efecto positivo en el estado psicosomático del sujeto.

- *La conducción bajo el efecto de la metadona disminuye.* En diversos estudios (Berghaus i Friedel, 1998) se observó en pruebas de laboratorio que los pacientes en PMM manifestaban menos capacidad de control y eran menos autocríticos. Sin embargo en las pruebas de conducción real no se encontraron diferencias significativas entre ellos y el grupo control.

En nuestra muestra, antes del PMM decían conducir bajo los efectos del consumo de drogas más o menos la mitad de los participantes. A los 9 meses el número de conductores se había reducido moderadamente y es a los 4 años donde se aprecia que casi la totalidad (92,5%) manifiestan haber dejado de conducir bajo el efecto de la metadona. Es posible que estén adaptados al fármaco y no aprecien efectos tras su ingestión. También puede deberse esta disminución al hecho de que algunos dejan de conducir al abandonar algunas profesiones frecuentes en su época de consumo (mensajería, transporte). También

por no tener que salir a buscar la droga diariamente, ni tampoco traficar ya que disponen del sustituto de forma accesible y cercana a su domicilio.

- *El interés en finalizar el PMM disminuye.* Según nuestros resultados parecería que son los primeros meses de tratamiento cuando están más receptivos para movilizarse y progresar. A los 4 años de estancia parecen ya adaptados a su situación y tienen menos objetivos.

- *La frecuencia de realización de entrevistas con el terapeuta disminuye,* posiblemente por ser sujetos ya estabilizados. La valoración positiva que los participantes hacen del PMM (90%) permite suponer que éste les ha permitido alcanzar algunos de los objetivos por los que se incluyeron en él. También, la percepción subjetiva de mejoría que ellos aprecian en su relación con el entorno y que definen como "poder llevar una vida normal" supone un mayor equilibrio personal y autoestima.

- *Aumenta el uso del preservativo* en este período. De todas formas, no es despreciable el porcentaje que lo utiliza con más o menos con frecuencia (47,5%). Entre los motivos que los entrevistados dieron para la "no-utilización" deben valorarse entre una amplia gama de respuestas: el hecho de ser seronegativo y tener pareja estable en igual situación y otro tipo de motivos, como utilizar otros medios como medida de contracepción (olvidando su función profiláctica), o simplemente por no prever las situaciones y no tenerlo accesible.

Un último e importante aspecto a señalar es que *no ha habido mejorías relevantes en la laboralidad, ni ha aumentado el interés por mejorar la formación profesional, en ninguna de las observaciones realizadas.*

Aunque trabajar es un indicador de funcionamiento saludable y un objetivo deseable en el PMM, French et al (1992) y Zanis, Metzger y McLellan (1994), basándose en numerosos estudios, manifiestan que el desempleo es común entre los pacientes en PMM, superior al de la población general e incluso al de otros programas de tratamiento para ADVP. También evaluaciones de PMM, si bien manifiestan cambios importantes en el uso de drogas y en la criminalidad, presentan menos modificaciones en el empleo (Wedington, 1990-91).

La deficiente escolaridad, presencia de patología orgánica y psiquiátrica, realización de actividades ilegales e ingresos en prisión y una escasa o nula experiencia laboral hace que no sean candidatos ideales para conseguir un empleo. Sin olvidar además, la influencia de las dificultades del mercado laboral y la discriminación que sufren los adictos a drogas. French et al. (1992) aprecian que si los PMM contaran con servicios de orientación vocacional, profesional y laboral se favorecería el impacto del tratamiento en las mejorías de empleo. Sin embargo, y a pesar de que

los propios profesionales reconocen la importancia del empleo en el proceso del tratamiento, los programas de drogas no siempre enfatizan la importancia de mejorar la formación profesional y académica de sus participantes (Brewington et al., 1987).

En un PMM (Joe, Simpson y Hubbard, 1991) se preguntó a sus participantes con relación a los servicios que sentían que necesitaban y de los que recibían respuesta realmente. Los servicios médicos eran sentidos en un alto porcentaje como necesarios y también se recibía respuesta de ellos. En cambio, existía una importante discrepancia entre los servicios recibidos en las áreas sociales (prioritariamente empleo y economía) y su percepción de necesidad sentida-recibida. Sería deseable que la adecuación que se da en el área médica pudiese darse también en el resto de áreas también complejas y sobre las que el paciente deposita expectativas en recibir respuesta.

En coincidencia con otro estudio (French et al., 1992), los que consideran que su situación laboral está igual o peor dan como razones a no haber encontrado trabajo el hecho de tener incapacidades que interfieren en buscarlo, en encontrarlo o en su realización. Si bien hace unos años las evaluaciones de los PMM (especialmente en EEUU) reflejaban mejorías también en esta área, cada vez los resultados son más modestos y este hecho también se observa en los resultados de diversos programas europeos (Verthein, Kalke y Rasckke, 1988).

Globalmente, nuestros participantes han interrumpido ya hace muchos años sus procesos de aprendizaje, algunos presentan también una situación fuertemente degradada en la que no es previsible conseguir cambios favorables y además sus necesidades económicas y su edad les empujan hacia conseguir un trabajo, más que a invertir tiempo y esfuerzos en mejorar su capacitación. Tal vez una parte del colectivo se manifestaría más motivado en mejorar su capacitación si se les facilitase algún incentivo, como podrían ser becas de estudio, ayudas para desplazamiento y comida, materiales para el estudio o herramientas en préstamo, cuidar de sus niños durante el horario lectivo, etc., con la finalidad de que la actividad formativa fuese motivo de interés en vez de un aumento de gastos a su precaria económica. Asimismo es positivo que estas actividades les permitan ampliar su red de relaciones sociales.

- Respondiendo al objetivo por el cual nos planteábamos **conocer la situación personal y social de los participantes a los 4 años del inicio del PMM**, diremos que estos sujetos parecen responder de forma mayoritaria al siguiente perfil: superan los 30 años de edad (67%) y continúan viviendo en casa de sus padres (67,5%). Sienten la relación familiar como un núcleo que les da apoyo (85%) y mejora la

comunicación y afectividad (75%). También amplían sus relaciones sociales (65%). Perciben su estado de salud como más satisfactorio que antes de iniciar el PMM (67,5%) y, más de las _ partes de ellos, no presentan días de hospitalización, situaciones similares a bajas laborales y desaparecen casi por completo las sobredosis (95%). Parecen cuidar su alimentación y ganan peso de forma notable (90%), No comparten jeringas y paulatinamente van utilizando con más frecuencia el preservativo. No hay ninguna seroconversión en los 4 años de duración del PMM. Desaparecen casi por completo las conductas delictivas. Se mantienen de los ingresos provenientes del trabajo (40%) y de pensiones o subsidios (35%) y tienen un nivel de gastos acorde a su situación económica. Mantiene el consumo de tabaco (87,5%), de alcohol con mayor o menor frecuencia (60%) y de cannabis más o menos esporádicamente (42,5%). Mantienen abstinencia a heroína (80%) y prácticamente al resto de sustancias analizadas (anfetaminas, cocaína, barbitúricos, tranquilizantes). No se plantean dejar el PMM (64%), realizan visita con los profesionales con poca frecuencia y valoran positivamente la intervención de éstos (92,5%). No utilizan otros recursos de la red de drogodependencias (87,5%). Parecen disponer de unos ingresos económicos mínimos que les permiten subsistir y no se plantean mejorar su formación o sus posibilidades laborales. Globalmente, opina que la participación en el PMM le ha beneficiado en mayor o menor grado (90%). Parecen estar acomodados a la forma de vida actual y la mayoría (64%) no se plantean dejar el PMM.

- Si analizamos el objetivo por el que deseábamos **conocer la situación de los sujetos que han dejado el PMM** (y remarcando los límites de nuestra muestra por su escaso tamaño: n=12) y según cita Déglon (1977) basándose en estudios de todo el mundo, el número de recaídas tras la interrupción del PMM es en promedio del 70%, pudiendo llegar al 90%, al llegar al año de la salida del PMM (especialmente si la desintoxicación se hace rápidamente). Incluso aunque a corto plazo parece que se mantiene una abstinencia, sólo un 10 o 20% son capaces de seguir abstinentes a largo plazo tras la interrupción (Zweben, 1997).

Los factores que dan más probabilidades de mantener una estabilidad aunque se interrumpa la metadona se centran en los progresos realizados por el paciente durante el tratamiento, en los cambios en su estilo de vida, en la consecución de un equilibrio personal, la adquisición de habilidades profesionales, y la incorporación a ambientes normalizados, entre otros (Zweben, 1997; Weddington, 1991). De nuestra muestra total (n=40) son exclusivamente algunos de los sujetos que han abandonado el PMM los que están

delinquirando y tomando heroína a diario. Este hecho parece indicar que la retención en PMM da más seguridad de estabilidad e integración social (Payte y Khuri, 1997).

A modo de **consideraciones finales**, señalar que nuestra muestra es reducida y deben valorarse las limitaciones de su representatividad y también las que se derivan del diseño retrospectivo. Recordar datos que se refieren al pasado pueden estar sujetos a fallos de memoria, ser incompletos o inexactos. También el hecho de ser una evaluación "parcial" del programa. Utilizar el mismo cuestionario en las dos evaluaciones para garantizar la comparabilidad ha supuesto también una limitación pues era susceptible de mejora tras la primera valoración, en algún bloque temático (5 y 8).

En la práctica, esta evaluación nos ha servido para reflexionar sobre nuestro trabajo cotidiano y conocer la realidad asistencial. Nos ha permitido conocer la percepción y valoración del sujeto al que va dirigido el PMM.

Parece que en los sujetos que inician un PMM los cambios importantes se realizan durante los primeros meses de estancia en él. Sería pues conveniente que durante este período se les diese a conocer con detenimiento el programa terapéutico y los objetivos a alcanzar en un verdadero tratamiento con ayuda de la metadona. En este sentido, podrían plantearse subprogramas con objetivos graduales de menor a mayor exigencia. La tarea del equipo profesional podría focalizarse y trabajar de forma más individualizada con los sujetos más receptivos en responsabilizarse de un proceso de cambio personal. Se facilitaría una "selección natural" entre los que sólo desean un mantenimiento y los que se plantean objetivos de rehabilitación.

En relación con los recursos terapéuticos coadyuvantes (talleres, centros de actividades) observamos que presentan una escasa asistencia en las dos valoraciones. Podríamos pensar que además de las mejoras que estos recursos obtienen en la esfera emocional y relacional debería estudiarse de que manera consiguen además objetivos de inserción laboral, pues contar con un trabajo es percibido por este colectivo como una importante necesidad.

Los resultados de nuestro trabajo son coincidentes con los estudios consultados tanto en las áreas con mejorías (relaciones familiares y sociales, salud, conductas de riesgo, criminalidad, consumo de drogas) como en las que éstas no se producen (laboralidad, formación) y también en la forma que estas mejorías progresan en el tiempo (disminución del consumo de drogas y de la criminalidad). En el futuro, y siguiendo esta línea de investigación con pacientes en PMM, sería interesante valorar si la percepción de mejoría que han manifestado los participantes es compartida

por el entorno afectivo. También se podría comparar si hay diferencias entre nuestra muestra y otra que haya iniciado el PMM más recientemente, cuando estos programas ya eran más accesibles y aceptados.

Finalmente, los resultados globales parecen manifestar que una buena parte de la muestra a los 4 años de iniciar el PMM son personas autónomas con actividades normalizadas tanto en su estilo de vida como en su relación. Como ya constatamos en la primera observación realizada a los 9 meses, parece el PMM ha supuesto para una parte de los participantes una estrategia de reducción de daños. También en una buena parte de la muestra ha conseguido objetivos de rehabilitación.

AGRADECIMIENTO

A Xavier Ferrer i Pérez por su ayuda en el diseño del estudio y la realización del análisis estadístico de los resultados. A Sònia Martinoy por sus recomendaciones y revisión del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Baker, A.; Kochan, N.; Dixon, J. et al. (1995): HIV-risk-taking behaviour among injection drug users currently, previously and never enrolled in methadone treatment. *Addiction*, 90, 545-554.
- Berghaus, G. y Friedel, B. (1998): Metadona y estado físico de los conductores. *Newsletter Euro-Methwork*, n°13, 5-6.
- Brewington, V.; Arella, L.; Deren, S., et al. (1987): Obstacles to the utilization of vocational services: an analysis of the literature. *International Journal of the Addictions*, vol. 22 (11), 1091-1118.
- Caplehorn, JR. and Ross, MW. (1995): Methadone Maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *The International Journal of the Addictions*, 30 (6), 685-698.
- Déglon, JJ. (1988): Évaluation d'un programme de traitement des héroïnomanes par la méthadone. *Psychotropes*, vol. 4, n° 3, 31-37.
- Déglon, JJ. (1997): Faut-il sevrer les toxicomanes de la méthadone?. *Psychotropes*, vol. 3, n°1, 45-58.
- Escudero, M. y Ferrer, X. (1995): *Evolución de los usuarios de un programa de metadona, realizado en Barcelona*. Documento no publicado, ABS-EUTS (81pp.).
- Fernández, JJ. ; Díaz, J.; González, MP. y Bobes, J. (1994): Perfil de la población drogodependiente en un programa con metadona en Asturias. *Adicciones*, vol 6, n°1, 61-72.
- French, MT. ; Dennis, ML; McDougal, GL. et al. (1992): Training and employment programs in methadone treatment: client needs and desires. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9, 293-303.
- Girón, S.; Martín, J.M. (1998): Seguimiento de una muestra de heroínomanos a los seis años de tratamiento: relación del tiempo de permanencia con la evolución. *Revista Española de Drogodependencias*, 23(1), 25-34.
- Goehl, L.; Nunes, E. and Hilton, I. (1993): Social networks and methadone treatment outcome: the costs and benefits of social ties. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 19 (3), 251-262.
- Herbst, MD. ; Batki, SL. ; Manfredi, LB. et al. (1996): Treatment outcome for methadone clients receiving lumsum payments at initiation of disability benefits. *Psychiatric Services*, vol. 47, n°2, 119-120.
- Joe, GW.; Simpson, DD. y Hubbard, LR. (1991): Unmet service needs in methadone maintenance. *The Int. Journal of the Addictions*, vol. 26 (1), 1-22.
- Kang, SY. y De Leon, G. (1993): Correlates of drug injection behaviors among methadone outpatients. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 19 (1), 107-118.
- Kosten, TR.; Jalali, B.; Steidl, JH. and Kleber, HD. (1987): Relationship of marital structure and interactions to opiate abuse relapse. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 13 (4), 387-399.
- Longshore, D.; Shih-chao Hsieh.; Birfit, D et al. (1993): Methadone maintenance and needle/syringe sharing. *The Int. Journal of the Addictions*, 28 (10), 983-996.
- Newman, RG. (1991): What's so special about methadone maintenance?. *Drug and Alcohol Review*, n° 10, 225-232.
- Parrino, MW. (1997): Situación actual y tendencias de futuro en el tratamiento con metadona. En Parrino MW, *Manual de tratamiento con metadona* (pp. 47-65). Barcelona: Ed. Grup Igia.
- Payte, JH. y Khuri, ET. (1997): Duración del tratamiento y retención de los pacientes. En: Parrino, MW., *Manual de tratamiento con metadona* (pp. 267-279). Barcelona: Ed. Grup Igia.
- Reijneveld, SA. and Plomp, HN. (1993): Methadone maintenance clients in Amsterdam after five years. *The Int. Journal of the Addictions*, n°28 (1), 63-72.
- Reno, R. and Aiken, L. (1993): Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *The Int. Journal of the Addictions*, 28 (3), 211-233.
- Rodríguez Martos, A. (1994): Reflexiones sobre los programas de mantenimiento de metadona. *Adicciones*, vol.6, n.4, 353-372.
- Roig, A. (1991): *Utilidad de la metadona en el tratamiento de la dependencia a opiáceos*. XIX Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Sta. Cruz Tenerife, 1991, pp. 111_133.
- Rutherford, MJ.; Metzger, DS. and Alterman, A.I. (1994): Parental relationships and substance use among methadone patients. *Journal of Substance abuse treatment*, vol. 11, n°5, 415-423.
- Stastny, D. and Potter, M. (1991): Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes. *British Journal of Addiction*, vol.86, 307-310.

- Vecino, C.; Ribot, N. i Torralba, L.I. (1996): Els programes de disminució de riscos: una nova perspectiva en l'abordatge de les drogodependències. *Barcelona Societat*, n°6, 35-39.
- Verthein, Uwe, Kraltre and al. (1998): Substitution treatment with methadone in Germany: politics, programmes and results. *The International Journal of Drug Policy*, vol.9, n.1, 71-78.
- Weddington, W. (1991): Towards a rehabilitation of methadone maintenance: integration of relapse prevention and aftercare. *The Int. Journal of the Addictions*, 1990-91, 25 (9 A & 10 A), 120-124.
- Wenstein, SP.; Gottheil, E.; Sterling, RC. et al. (1993): Long-term methadone maintenance treatment: some clinical examples. *Journal of Substance Abuse treatment*, vol. 10, 277-281.
- Wilwarth et Goldstein, A. (1974): *Efficacité thérapeutique des programmes de traitement continu par la méthadone aux Etats Unis d'Amérique*. Genève: OMS
- Zanis, DA.; Metzger, DS. and McLellan, T. (1994): Factors associated with employment among methadone patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol.11, n°5, 443-447.
- Zlotnick, Ch.; Robertson, MJ. (1996): Sources of income among homeless adults with major mental disorders or substance use disorders. *Psychiatric Services*, vol. 47, n°2, 147-151.
- Zweben, of JE. (1997): Aspectos clínicos. En Parrino, MW, *Manual de tratamiento con metadona* (pp. 47-65). Barcelona: Ed. Grup Igia.