
Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con Metadona sobre la accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos

JOAN CARLES MARCH CERDÁ; EVA MARTÍN-RUIZ; EUGENIA OVIEDO-JOEKES; ANA RIVADENEIRA SICILIA;
CARMEN RODRÍGUEZ REINADO

Escuela Andaluza de Salud Pública. Área de Investigación

Enviar correspondencia a:

Eva Martín Ruiz. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja s/n. Apdo. Correos 2070. 18080 GRANADA (España).
Tfno: (+34 958 027 529). Fax: +34 958 027 503. E-mail: eva.martín.easp@juntadeandalucia.es

Recibido: 20 de diciembre de 2005.
Aceptado: 19 de septiembre de 2006.

RESUMEN

Fundamento: Se explora la atención y cobertura terapéutica prestada desde los Centros de atención al Tratamiento de las toxicomanías de dos ciudades españolas desde la perspectiva de sus usuarios de los Tratamientos con Metadona (TM). Se pretenden ofrecer claves de cómo orientar el TM para su mejora en la prevención de recaídas y abandonos prematuros, y facilitar la reinserción de sus pacientes.

Métodos: Estudio exploratorio, cualitativo, que recoge información a través de una entrevista semi-estructurada a 30 usuarios de los TM en Barcelona y Granada

Resultados: La atención prestada por los equipos terapéuticos queda articulada sobre 3 pilares: médico, psicológico y social. La centralidad de la figura de los médicos en los discursos de los pacientes, refleja el papel principal de la metadona y su prescripción. Casi el 60% ha visitado en los últimos 3 meses al profesional de medicina, reduciéndose esta cifra al 22% para el caso de la psicología y un 6% con trabajo social. Los usuarios expresan la falta de una evaluación global e individualizada de la integración social, la escasez de recursos (vivienda, empleo y formación, necesidades básicas) adaptados a las necesidades particulares y la falta de implicación de las familias, donde el papel de psicólogos y trabajadores sociales podría ser mayor al actual.

Conclusiones: A pesar de los resultados positivos obtenidos de los TM, su principal limitación es la falta de una intervención integral a las necesidades individuales de los pacientes. Fortalecer el papel de la intervención psicológica y social, se convierte en requisitos imprescindibles para avanzar en la rehabilitación y reinserción.

Palabras clave: *Metadona, Tratamiento Adicción Opiáceos, Metodología Cualitativa, Pacientes, Relaciones pacientes – programa tratamiento.*

ABSTRACT

Background: This study explores the type of care and the therapeutic treatment provided at drug treatment centres located in two Spanish cities, as perceived by methadone treatment (MT) users. It provides key aspects to improve the ability of MT programmes to prevent relapses and premature discharges from treatment, and to facilitate users' social reintegration.

Methods: Exploratory qualitative study based on semi-structured interviews among 30 MT programme users in the cities of Barcelona and Granada.

Results: The care provided by therapeutic teams relies on 3 main intervention areas: medical, psychological and social care. The central role attributed to the physicians in users' discourses reflects the relevance assigned to the methadone and to its medical prescription. Almost 60% of users had visited their prescribing doctor at least once in the previous three months, 22% their psychologist, and only 6% their social worker. Users interviewed mentioned the absence of a comprehensive and individualized assessment of their social integration, the lack of resources adapted to their individual needs (housing, employment, training and basic needs), and the lack of family implication where they felt that psychologists and social workers could play a much more relevant role than at present.

Conclusions: Despite the generally positive outcomes of the MT, its main limitation lies in the lack of a comprehensive approach to users' individual needs. Strengthening biopsychosocial intervention emerges as an essential prerequisite to progress towards users' rehabilitation and reinsertion.

Key words: *Methadone, Opiate Addiction Treatment, Qualitative methodology, Patients, Patients / MT relationship.*

INTRODUCCIÓN

Los programas de Tratamiento con Metadona (TM) forman parte del abanico de ofertas de intervenciones dirigidas a la atención de personas dependientes de opioides. Se insertan dentro de los tratamientos farmacológicos de sustitución con agonistas y de las estrategias dirigidas a la reducción de daños y riesgos asociados al consumo de sustancias ilícitas. Actualmente los TM se han consolidado como la opción terapéutica de mayor demanda¹. Según muestran los datos publicados por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías², a finales de la década de los 90, más de 300.000 personas habían iniciado el tratamiento con metadona. En España, se ha producido un notable incremento: a finales de los años 90, más de 60.000 personas se encontraban adscritas a este recurso¹, ascendiendo esta cifra para el año 2003 a 88.700³.

En general, los estudios apuntan a que la incorporación de los TM a la red asistencial para el tratamiento de la adicción a opioides, tiene un impacto positivo en el resultado obtenido con los usuarios de tales programas. Desde que se comenzó a dispensar metadona en los años 60^{4, 5} hasta la actualidad, se han sucedido varios estudios y publicaciones que dan cuenta de su efectividad como tratamiento sustitutivo para la adicción a opioides. La evaluación de esta efectividad abarca diferentes áreas del funcionamiento de los pacientes, entre ellas: supresión del síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO), la reducción del ansia o deseo de consumo ("craving"), retención en el tratamiento, la reducción del uso de opiáceos ilícitos^{6, 7}, la reducción de las actividades delictivas⁸ y de la mortalidad^{9, 10}. Por otro lado, la influencia ejercida en cuanto los riesgos de transmisión de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), es también importante^{11, 12, 13}, hecho ligado a la reducción de la utilización de la vía endovenosa y el compartir material de inyección^{7, 14, 15, 16, 17}.

La prescripción y dispensación bajo supervisión médica de la metadona, cuando va acompañada de intervenciones psico-sociales de cualquier índole, consigue mejores resultados que cuando no lo hace^{6, 7, 18, 19}. En la actualidad, la composición de los equipos terapéuticos de los TM en España es multidisciplinar y se corresponde con profesionales que ofrecen cobertura médica, social, psicológica y/o psiquiátrica²⁰. El tiempo de permanencia de los pacientes en estos recursos tiene un papel importante en cuanto la obtención de logros por parte de la población usuaria^{6, 7, 15, 16, 18, 21}.

Dado que, como se ha dicho previamente, la dispensación de metadona tiene un papel fundamental y protagónico en el tratamiento de personas dependientes de opioides, es importante evaluar su funcionamiento, para poder así conocer como mejorarlos.

Esto puede darnos las claves para su fortalecimiento y la extensión de sus beneficios a un mayor número de personas. En general las evaluaciones se realizan sobre indicadores que son objetivamente medibles (también llamados 'duros'): tasa de retención, consumo de opioides ilícitos, etc. No obstante, la percepción del tratamiento, la mejora en la calidad de vida, y la satisfacción con el tratamiento son aspectos a los que no se les ha dado el papel que merecen a la hora de evaluar el funcionamiento de los TM²². Algunos estudios tanto nacionales como internacionales han considerado la perspectiva de los usuarios en sus investigaciones sobre la valoración de los tratamientos sustitutivos, principalmente metadona^{23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34}. Por ejemplo, una encuesta de satisfacción llevada a cabo en 14 centros de TM y dos unidades móviles en España muestra que los pacientes dependientes a los opioides están 'moderadamente satisfechos' con el tratamiento recibido²⁵. No obstante, otros estudios han obtenido resultados más entusiastas, donde los usuarios están bastante o muy satisfechos con el TM³⁵. Además de la percepción general de los usuarios sobre el tratamiento recibido, es importante indagar su satisfacción en los aspectos específicos de los tratamientos ofertados. Varios de los estudios citados dan cuenta de éstos aspectos, remarcando, entre otros, la inadecuación de los servicios a sus necesidades, el efecto negativo de las listas de espera, la rigidez de los horarios, los excesivos controles, los efectos secundarios de la metadona, o la no preferencia de ésta como droga de mantenimiento.

Gran parte de lo que comprende la valoración subjetiva de los TM por parte de los pacientes es lo que lleva a que un grupo de ellos entren en las estadísticas de los 'no respondedores'. Dado que la adicción a los opioides es considerada actualmente una enfermedad crónica recidivante^{36, 37, 38}, tener en cuenta las necesidades de los destinatarios de los tratamientos puede convertirse en una estrategia fundamental para mejorar la adherencia. Este trabajo pretende conocer las opiniones y valoración de los TM que tienen las personas que reciben éste tratamiento.

Hasta el momento, la aplicación de la metodología cualitativa ha tenido un protagonismo limitado en las investigaciones sobre la percepción de los usuarios sobre los TM. Dada su capacidad interpretativa, su aplicación en este estudio permite a los protagonistas de la realidad a estudiar, articular sus opiniones, valoraciones, experiencias, etc. en los términos en los que ellos viven su cotidianidad y la expresen con sus "propias palabras". Este discurso proporcionará claves con las que acercarnos a los TM, y evaluarlos con una perspectiva diferente.

Los objetivos planteados en este estudio son conocer la valoración de los usuarios/as de los TM sobre la atención prestada por los profesionales de los Centros

de Tratamiento (CT) de las toxicomanías y analizar la cobertura prestada por el personal profesional.

Este artículo forma parte de un proyecto más amplio denominado Mehib, (Methadone maintenance and health care for drug users: identifying best praxis: Los TM y la atención sanitaria para usuarios de drogas: identificando buenas prácticas) en el que han participado Alemania, Reino Unido y España. El objetivo general de esta investigación ha sido mejorar el conocimiento existente sobre la integración de los TM con otros servicios de salud y psicosociales a los usuarios de drogas. Este trabajo ofrece una parte de los resultados obtenidos para España atendiendo únicamente a la perspectiva de los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de esta investigación responde a un estudio descriptivo exploratorio, donde se ha utilizado la metodología cualitativa por su adecuación a la formulación de los objetivos propuestos.

Participantes

La población objeto de estudio la constituyen los usuarios y usuarias que en la actualidad se encuentran adscritos a los TM. Los participantes se seleccionaron a través de profesionales de los diferentes centros que atienden a usuarios de los TM y para participar debían encontrarse adscritos al programa en el momento de la realización de la entrevista. Se procuró conformar la muestra con personas que respondieran a diferentes criterios, atendiendo a su situación socio-demográfica (sexo, edad, convivencia, situación laboral, nivel de ingresos), estado de salud (presencia de enfermedades concomitantes) y estabilización dentro del programa (graduación de la dosis, tiempo de permanencia en el programa, bajo – alto umbral). Estos perfiles eran requeridos a los profesionales, quienes designaban que paciente sería entrevistado.

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de octubre de 2003 y abril de 2004. El número de entrevistas quedó determinado por el nivel de saturación de la información recogida. En este proceso, el equipo investigador contrastó de forma continuada la información que se iba obteniendo de cada una de las entrevistas realizadas a personas con perfiles similares hasta que las coincidencias en los discursos eran tales, que la realización de nuevas entrevistas, escasa información novedosa relacionada con los objetivos de este estudio podrían aportar³⁹. El total de entre-

vistas realizadas fue de 36, 23 en Barcelona y 14 en Granada. Seis de ellas se efectuaron a internos de instituciones penitenciarias, pero se excluyen del presente análisis. Así, la muestra final para este estudio se compone de 30 personas, 8 de Granada, y 22 de Barcelona.

Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo en los diferentes dispositivos desde donde son atendidas personas usuarias de los TM. Tras contactar con los profesionales de los diferentes recursos (Centros de Atención a las Drogodependencias, pisos de reinserción, comunidades terapéuticas, fundamentalmente), y la definición anticipada de los perfiles requeridos, éstos derivaron a los usuarios que respondieran a dicho perfil para las entrevistas con el equipo investigador.

Tras la firma del consentimiento informado por parte de los usuarios a la realización de la entrevista, se procedió a su grabación en soporte de audio. La duración media de las entrevistas fue en torno a 45 minutos. Posteriormente, dicha información fue transcrita, constituyéndose en el texto-discurso de los entrevistados.

Instrumentos

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista semi-estructurada. El guión elaborado para tal fin se derivó de las dimensiones contempladas en el modelo SERVQUAL⁴⁰, modelo para la definición de la calidad de los servicios que distingue entre calidad esperada y calidad percibida, que fueron adaptadas para esta investigación a las características y contexto de nuestro objeto de estudio así como la terminología empleada.

Para el presente trabajo, las valoraciones de los usuarios que han sido consideradas, fueron las categorizadas en las dimensiones que hacían referencia a la accesibilidad al programa y a los profesionales, así como a la capacidad de respuesta, el trato e información recibida, fiabilidad y seguridad percibida por parte de los profesionales que les atienden.

Además, se recogió información sobre las características socio-demográficas, estado de salud, incidencias y problemas con la justicia, historial familiar sobre el consumo de estupefacientes, recorrido asistencial por diferentes tratamientos de drogodependencias, así como el consumo de estupefacientes antes y durante su inscripción en los TM. Para comprobar la calidad y diseño de las entrevistas se desarrolló una fase piloto en la que se realizaron 10 entrevistas a profesionales y a usuarios, en la ciudad de Granada.

Análisis de los datos

Para la codificación y análisis de los datos obtenidos de las entrevistas, Word 2000© ha sido la herramienta informática utilizada. Para el análisis e interpretación de los datos, el equipo investigador definió *a priori* una serie de dimensiones y categorías que partían de las dimensiones contempladas en los guiones de las entrevistas. El primer análisis del material fue la categorización de la información recogida en las dimensiones planteadas. Tras esta agrupación de los datos obtenidos, se fue avanzando y profundizando en el análisis del contenido de dichas entrevistas, con lo que se fue concretando y matizando en función de la información que ofrecían sobre los diferentes aspectos que componían cada dimensión

RESULTADOS

Perfil de los pacientes

El perfil sociodemográfico de las 30 personas que conforma esta muestra (tabla 1) es varón (76.7%), con una edad media de 39.9 (\pm 5.23), soltero (53.3%) que convive con su familia, ya sea esta propia (40%) o de origen (40%) y con hijos (60%). La prevalencia de enfermedades concomitantes autodeclaradas (tabla 2), presenta una mayor frecuencia es la Hepatitis C con un 56.7%, seguida de SIDA/VIH (50%). También son registrados casos, aunque con una frecuencia menor, de Hepatitis B (17.2%), y de Tuberculosis (16.7%)

Tabla 1: Breve descripción sociodemográfica de la muestra

Características sociodemográficas	
Usuarios entrevistados Granada	8
Usuarios entrevistados Barcelona	22
Sexo	76.7% Varones
	23.3% Mujeres
Edad	Edad media: 39.9 (\pm 5.23)
	Min. 26 Máx. 47
Estado Civil	53.3% soltero
	23.3% casado o pareja de hecho
	23.3% Separado/ divorciado
Tienen hijos	60% tienen hijos
Convivencia	4/5 con su familia: origen 40 o propia 40%
	10% sólo
	3.3% con amigos
	6.7% otros
Vivienda	40% familiar
	26.7% vivienda alquilada
	20% propia
	6.7% sin techo
	6.7% otros
Nivel educativo	62% Primarios (completos o incompletos);
	34.4 Secundarios: BUP; FP
	3.4% Universitarios
Situación laboral antes de entrada TM	Trabajos ocasionales sin contrato: 30.4%
	Trabajo con contrato: 26.1%
	Trabajo sin contrato: 21.7%
	Parado sin subsidio: 17.4%
	Trabajos ocasionales con contrato: 4.3%
Situación laboral actual	Pensión por incapacidad laboral (temporal o permanente): 24.1%
	Trabajo con contrato: 20.7%
	Parado sin subsidio: 20.7%
	Trabaja sin contrato: 10.3%
	Parado con subsidio: 10.3%
	Trabajo ocasional sin contrato: 6.9%
Otros: 6.9%	

Nivel de ingresos medio	605.03 € (\pm 463.38)
	Min. 0 Máx. 1682.83€
Incidencias legales antes de entrar en el TM	85.2%
Incidencias legales durante TM	48.3%
Condenas en prisión antes de TM	53.3%
Condenas en prisión durante TM	13.8%

En cuanto a las características del tratamiento con metadona que llevan a cabo, la dosis media prescrita es de 61.11mg (\pm 37.50) oscilando dicha cifra entre un 15 y un 145 como valores mínimo y máximo respectivamente (tabla 2). Existe gran heterogeneidad en cuanto al tiempo de adscripción en este tipo de tratamiento actual, siendo el valor medio 4.85 años y los valores máximos y mínimos comprendidos desde los 12 años a los 3 meses. Las pautas de dispensación principal de los pacientes es semanal (53.2%) segui-

da de la diaria (31.0%). Son 3 de cada 4 los pacientes a los que se les realiza controles y seguimiento del consumo de sustancias ilícitas, los cuales son mayormente semanales (30.4%) o cuando el profesional así lo estima necesario (21,78%). En cuanto a las visitas a los profesionales de los centros de tratamiento, casi el 60% ha visitado en los últimos 3 meses al profesional de medicina, reduciéndose esta cifra hasta el 22% para la psicología y hasta casi un 6% con trabajo social.

Tabla 2: Breve descripción de la situación clínica de los pacientes

Situación Clínica manifestada por los pacientes		
Dosis actual de metadona prescrita	<i>Dosis media: 61.11 mg (\pm 37.50)</i>	
	<i>Min. 15 Máx. 145</i>	
Tiempo en el tratamiento actual	<i>Tiempo medio (en años): 4.85 (\pm3.75)</i>	
	<i>Min. 3 meses Máx. 12 años</i>	
Pacientes en otros tratamientos previos sin metadona	33.3%	
Pacientes que han estado con anterioridad en PTM	34.5%	
Pacientes con historial de sobredosis	46.7%	
Pacientes con SIDA/VIH	50%	
Pacientes con Hepatitis B	17.2%	
Pacientes con Hepatitis C	56.7%	
Pacientes que han padecido o padecen Tuberculosis	16.7%	
Pacientes manifiestan padecer enfermedades psicológicas y/o psiquiátricas	<i>33.3% de las cuales un 75% son diagnósticas por algún profesional</i>	
Consumo de sustancias (lícitas/ ilícitas)	Antes TM (%)	Durante TM (%)
Alcohol	42.3	43.3
Hipnosedantes	50	24.1
Hachís	65.4	51.9
Heroína y/o "Revuelto" (cocaína + heroína)	100	27.6
Cocaína	57.7	20

El grado de respuesta al tratamiento con metadona que refieren los pacientes puede verse en las variaciones en los consumos antes y durante el tratamiento así como en los datos relativos a las actividades delictivas (tabla 3). Los consumos declarados por las personas entrevistadas de heroína y/o revuelto (heroí-

na más cocaína) antes y durante el TM pasan del 100 al 27.6%. Las incidencias legales antes y durante la entrada al TM se reducen de un 85.2 a un 48.3%, reducción también registrada en cuanto a las condenas en prisión, pasando de un 53.3% a un 13.8%.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Accesibilidad al programa y a sus profesionales

Según relatan los usuarios/as, el procedimiento a seguir para la incorporación a los TM es el siguiente: una vez que un consumidor habitual y con problemas asociados al consumo de opiáceos ilícitos decide incorporarse a este recurso para el tratamiento de su dependencia, debe seguir una serie de requisitos y formalidades. Dichos trámites y formalismos a cumplimentar quedan reducidos a la autodeclaración de los usuarios de su dependencia a opiáceos, en limitadas ocasiones suelen realizarse mediciones con las que comprobar su dependencia, y a la aceptación y firma del contrato terapéutico. En la mayoría de los casos, estos requisitos son considerados por los usuarios como sencillos y sin excesiva carga burocrática.

*“Nada más que firmé un papel, no se ni qué papel sería”
(Usuario Granada).*

La recepción de esta primera demanda centrada en los trámites a realizar, la brevedad del tiempo de espera desde la solicitud de la incorporación a los TM hasta la primera consulta con alguno de los profesionales del equipo terapéutico y la recepción de la primera dosis prescrita de metadona, se convierte en una pieza clave con la que se inicia el trabajo con estas personas hacia su rehabilitación y recuperación. Que dicha incorporación sea ágil y rápida, es uno de los aspectos definidos por los usuarios como importante debido a que, cuando estas personas toman la decisión de hacer uso de algún recurso terapéutico para el tratamiento de su adicción, ésta se corresponde con situaciones críticas. El estado generado por su dependencia así como por las propias condiciones físicas, sociales y psicológicas en las que se ven sometidas, no son circunstancias donde sea posible la espera.

“Suelen tardar un poco, suele tardar un poco la verdad. Uno cuando se encuentra fatal, deteriorado, porque la verdad que cuando pide ayuda, casi siempre es porque ya estás fatal. No es tan rápido como uno querría, la verdad. Porque depende también de que te pillan, porque cambias de parecer en minutos” (Usuario Granada).

“Porque estaba en lista de espera (...). Yo quería entrar de momento, porque estaba tan deteriorado y demás. Eso si me hubiera gustado entrar un poco antes, vamos de la manera que se encuentra uno como está, dos meses es mucha tela. Porque no es decir que estás en tu casa, estás bien y demás, no. Estás en la calle, estás delinquiendo y estás porque te tienes que costear un consumo diario. Y más... o sea y dos meses se hacen cuatro porque no es día, es la noche también” (Usuario Granada).

Según relatan los entrevistados, la espera para la incorporación a los TM puede oscilar entre los 3-4 días hasta un mes, según el centro en el que realicen

la demanda. Diferencias producto de la carga asistencial y los propios recursos disponibles en dichos centros. Este hecho es cuestionado de forma negativa por buena parte de los usuarios, por que en ese tiempo se sienten forzados a continuar su consumo ya que solo así pueden evitar el síndrome de abstinencia. Estas esperas, generan desánimo entre los usuarios más allá de la simple incomodidad, a la vez que dudas en cuanto a la confianza depositada en los recursos disponibles para el tratamiento a su adicción. Los riesgos de recaídas y/o abandono de la decisión de intervenir en el tratamiento de su dependencia, se encuentran condicionados para un grupo considerable de usuarios por estos primeros contactos.

“Es muy difícil dar ese paso, si lo das y te dice que dentro de un mes y además cuando te atienden te dicen que hay una lista de espera de tres meses, (...) claro, tú también te vas cuestionando que qué pasa aquí, que qué eres tú, en qué medida les importas y en qué medida te van a ayudar” (Usuaría Barcelona).

Intervención terapéutica

La intervención médica

Los discursos de los usuarios se sitúan en torno a la figura del personal de medicina, los verdaderos protagonistas de sus discursos al referirse a los profesionales que les atienden. Este hecho pone de manifiesto que lo que gran parte de los usuarios de los TM conceptualiza como intervenciones queda reducido a la salud orgánica y a la sustancia en sí misma: la metadona y su prescripción. Todos los usuarios mantienen contactos, con mayor o menor frecuencia, con este profesional. En estos contactos la metadona ocupa un papel importante, la negociación y prescripción de dosis se convierte en el tema central de dichos encuentros. Por ello, para muchos los TM se reducen a la prescripción y toma de una sustancia que les ayuda a la supresión del síndrome de abstinencia y a la contención del deseo/ansia del consumo de opiáceos. La prescripción de la dosis adecuada a sus necesidades individuales así como la garantía de suministro diario, se transforman en su definición de los TM, lo que conlleva a una visión parcial del tratamiento reduciéndolo a una visión donde prima el fármaco frente al resto de intervenciones..

La intervención psicológica

La primacía de los aspectos “más médicos” hace que las intervenciones psicológica y social, se releguen a un segundo plano. No todos los usuarios mantienen visitas con los profesionales de psicología. Entre las razones argumentadas por los usuarios registradas destacan, por un lado, la falta de información y ofrecimiento por parte de los profesionales que les atienden, y por otro, algunos de los entrevistados no lo conside-

ran necesario por su propio estado psicológico o por la no adecuación de dicha intervención a las necesidades de su caso. Los problemas registrados hablan de depresión, ansiedad, problemas para conciliar el sueño fundamentalmente.

"A veces pues claro, pues tienes tus depresiones como todo el mundo pero que lo mismo que vienen se tienen que ir, que tampoco es mucho" (Usuario Granada)

"Yo creo que este es un problema de falta de muchas cosas, de carencias afectivas, de inseguridades, de complejos, de desvaloración, de autoestima, un conjunto de cosas que para mí se deberían trabajar de otra manera. (...) Yo creo que no, yo creo que no está... el servicio no está preparado para eso. (...) Yo creo que es problema de las drogas es muy complejo, no es sustituir una droga con otra sino que hay que trabajar a nivel personal, mucho, mucho y muy profundo y en los CAS o en las instituciones no se hace, se hace a nivel muy conductual, cambiar conductas ¿no? (...) Pero llegar a profundizar el porqué las personas consumimos drogas o nos metemos en estas historias, pues no se hace". (Usuaría Barcelona)

"Tendría que, que haber más visitas con los psicólogos. O sea hacer a la gente hablar más con ellos, ser un poco más comunicativos" (Usuario Barcelona)

La intervención desde trabajo social.

Es limitado el número de usuarios/as que accede de forma regular a este profesional. Los contactos suelen producirse al inicio del programa y/o para solucionar necesidades o problemas coyunturales. En general, los usuarios han acudido a estas profesionales para la tramitación de ayudas económica, la solución de cuestiones judiciales y administrativas o la gestión de ingresos en pisos de acogida, comunidades terapéuticas o de reinserción social. El limitado contacto con éstas radica en que existe un porcentaje de pacientes para los que no es necesario ahondar en esta línea por que su situación no lo requiere, para otros, es producto de la falta de información así como la percepción de no constituir esta demanda un derecho que pueda ser reclamado por ellos, a lo que se une los limitados recursos disponibles para tales fines y con ello, la idea de que poco pueden hacer por ellos.

Por otro lado, para los usuarios la intervención en este área es importante, producto de las carencias que algunos atraviesan: escasos recursos económicos, falta de formación, reducidas habilidades para la búsqueda de empleo, entre otras. El trabajo remunerado, no solo por la ganancia económica que reporta sino además por la ocupación del tiempo y el "volver a sentirse útiles", se convierten en piezas clave en los discursos de los usuarios. Elementos que otorgan un valor importante para la rehabilitación a su problema de adicción y su reinserción social. Importantes críticas se manifiestan en esta línea dada la carencia de recursos y las reducidas intervenciones realizadas.

"Entonces, yo lo que necesito realmente es un trabajo, si no hay trabajo... porque yo tengo un trabajo y estoy bien pues ¿qué necesidad tengo de ir a drogarme? Ninguna" (Usuario Granada).

"Para mí faltan muchos recursos y trabajar a nivel individual. Porque tú no puedes estar veinte años consumiendo drogas que te digan "bueno, ahora tienes que empezar a buscar trabajo, a buscar amigos y..." porque tú tienes un vacío muy grande. Es que para empezar esto es un problema porque cómo haces eso y segundo, si a la larga tu no trabajas lo que te conduce a consumir drogas, a la larga es posible que tú vuelvas a consumir drogas" (Usuaría Barcelona).

Disponibilidad, atención y trato de los profesionales

La accesibilidad y disposición a los profesionales es valorada la posibilidad que ofrecen los centros de tratamiento a través del sistema de citación previa y la elección/negociación de la cita por parte de los usuarios. Este procedimiento concilia el tratamiento y su seguimiento, con las necesidades y ritmo de vida de los usuarios. La flexibilidad en cuanto a la elección de la fecha y hora de la cita es un elemento que influye positivamente en el acceso de los usuarios a los profesionales. También se destaca la posibilidad de pasar a consulta sin cita previa en caso de necesitar de atención urgente. Los tiempos de espera no son objeto de crítica. Por otro lado, el tiempo dedicado en las consultas les parece adecuado y aceptable. Los usuarios reconocen la carga de trabajo y asistencia a la que los profesionales deben hacer frente en su día a día y por tanto, el esfuerzo e implicación de éstos. Son conscientes que en determinadas ocasiones y las circunstancias así lo requieren, el tiempo dedicado por los profesionales también será mayor.

"Esto es que lo puedes elegir, prácticamente yo los elijo, yo soy el que ellos me dicen: "bueno a que hora te va bien" (Usuario Granada).

"Yo, cuando he pedido ayuda, me han asistido" (Usuario Granada).

Algunas de las críticas manifestadas es en cuanto al tiempo y frecuencia de las visitas con el personal de psicología.

"Si, que tendría, tendría que, que haber mas visitas con los psicólogos. O sea hacer a la gente hablar mas con ellos, ser un poco mas comu... comunicativos ¿no?, entre el médico y tu, yo creo que eso ayudaría mucho a la gente.(...)..lo único que vería bien es eso, que pusieran un psicólogo (...). Si, igual que lo hacen con los médicos que te dieran día y hora con un psicólogo, que no el médico tenga que hacer de psicólogo" (Usuario Barcelona).

"Ahora por ejemplo al psicólogo no vengo porque no tengo mucho tiempo pero también son visitas cortísimas, (...) no se si a las personas que les hace más falta les dedican más tiempo" (Usuaría Barcelona).

La calidad del trato y la percepción de escucha ofrecida por los profesionales cobran vital importancia en este contexto, ya que se convierten en elementos que influyen en la adherencia y retención de los usuarios en los TM. Por otro lado, los usuarios reconocen la capacitación de los profesionales que les atienden, profesionalidad en la que confían. De igual modo, los usuarios implican en el tratamiento de éstos y a los que otorgan parte del protagonismo en sus logros obtenidos.

“Entrevistadora: ¿Cómo es el trato que recibes por parte de los profesionales que te atienden aquí?”

Entrevistado: Pues fenomenal, si no, no vendría aquí” (Usuario Granada)

“Un trato amable y cordial y luego pues son profesionales” (Usuario Granada)

“A mi me parece que aquí te tratan muy bien, yo creo que hacen demasiado con los recursos que tienen” (Usuaría Barcelona).

“Que te dicen que el esfuerzo ha sido tuyo, pero que si no es por ellos tampoco lo consigues, eso es por descontao” (Usuario Granada).

Conforme avanza el tiempo de permanencia en el tratamiento, algunos de los entrevistados establecen una relación más cotidiana con el centro y con los profesionales que les atienden, con lo que van adquiriendo una mayor confianza para plantear sus dudas y problemas y solicitar una mayor información. Algunos usuarios consideran que los profesionales “hacen todo lo que pueden” y mantienen con ellos un trato cercano, como de “igual a igual”.

“Si poco a poco si, ya vas tomando bueno la confianza, del trato desde los porteros, porque ya yo llego al (CT) y cuando ya al llegar y no tienes que dar tu nombre te sientes bien, y luego el guardia jurado siempre te hace alguna broma de tal o cual, conoces a la oficinistas. Te preguntan tal y cual” (Usuario Granada).

DISCUSIÓN

Los objetivos de este trabajo están dirigidos a conocer la valoración sobre atención recibida por parte de los profesionales de los CT, lo que a su vez permitió analizar la cobertura prestada por estos profesionales y ofrecer claves de cómo mejorar los intervenciones dirigidas a la prevención secundaria y terciaria.

Los resultados obtenidos destacan la importancia de una rápida atención y cobertura. Al igual que

otras investigaciones muestran, la existencia de listas de espera es uno de los elementos más criticado por los usuarios³² y por tanto, hechos que repercuten en la calidad de la atención prestada y de influencia negativa en los tratamientos^{3, 17}. Una vez que el usuario solicita su incorporación en un recurso terapéutico, es necesario que dicha petición se materialice lo antes posible^{16, 17, 21}. Sólo con una pronta actuación, se obtendrán unas garantías mayores de que esa persona no deponga su actitud y provoque el desánimo.

La relación terapéutica establecida entre los usuarios y los profesionales que les atienden, se convierte en una pieza clave para el tratamiento y rehabilitación de estas personas. El buen trato y la atención prestada, entendida desde la perspectiva de los usuarios y no única y exclusivamente en el sentido de competencia científico-técnica del profesional, otorga calidad a la atención, siendo estos elementos influyentes de manera significativa en la permanencia y seguimiento de los TM^{3, 17, 32, 41, 42}. Este hecho también se plasma en los resultados obtenidos en este trabajo. Los usuarios se sienten seguros y confían en el trabajo que sus profesionales terapeutas de referencia desarrollan con ellos. Por todo ello, ahondar más en esta línea de intervención con estos colectivos, va asociado a, como muestran los estudios de Amato et al.¹⁸, Ball y Ross⁴³ entre otros, la consecución de mayores logros en estos colectivos. Hecho ligado a la importancia de dotar a estas intervenciones de planteamientos integradores y hacer de los TM tratamientos bio-psico-sociales^{3, 16, 17, 21}.

Aunque los usuarios valoren como adecuada la atención prestada, en la mayoría de los casos ésta parte de una concepción muy medicalizada de la asistencia y del programa. Algunos entrevistados no consideran necesario acudir a la consulta de psicología por su propio estado o por considerarla inadecuada para las necesidades de su caso. La información recogida en los cuestionarios, contrasta con la idea de que ‘no necesitan’ este servicio. En ellos se muestra que 1 de cada 3 usuarios en su percepción subjetiva de su estado de salud psicológico, refiere padecer algún problema/enfermedad psicológica o psiquiátrica, de las que sólo un 75% manifiesta tener diagnóstico por algún profesional. Podríamos especular que más bien los servicios no se adaptan a las necesidades de los pacientes. En el estudio citado de Pérez de los Cobos et al.²⁵ las categorías de intervenciones específicas, habilidades de los trabajadores sociales y de los psicólogos obtenían los porcentajes más altos de insatisfacción con el tratamiento recibido (45.4; 33.8 y 38.5 por ciento respectivamente). Si bien pocos trabajos apoyan la efectividad de la asistencia psicoterapéutica obligatoria⁴⁴ (sin entran en cuestiones éticas sobre ésta práctica), y que es necesario darles un papel más relevante, dado que cualquier tipo de apoyo

psico-social mejora los resultados del tratamiento con metadona¹⁸.

Una de las áreas de mayor insatisfacción en cuanto al tratamiento es la que se refiere al apoyo para conseguir trabajo. El alto nivel de desempleo forma parte del perfil de ésta muestra, y en general de la mayor parte de las personas dependientes de opiodes en España³⁵, ⁴⁵ y Europa⁴⁶. Motivar a personas que llevan muchos años de dependencia a los opioides a conseguir trabajo no es tarea fácil. Esto se debe a varias y diversas razones: discriminación, antecedentes criminales, problemas de salud, falta de habilidades y de formación profesional, entre otras⁴⁴. La integración a la vida laboral se ha mostrado asociada a mejores resultados en el tratamiento con metadona para éstos pacientes^{47, 48}, y viceversa, por ejemplo la permanencia en los TM se asocia a una mayor integración laboral²⁸. La reinserción laboral, o la posibilidad de conservar el trabajo, son un aspecto fundamental en la mejora de la calidad de vida de éstos pacientes, y las intervenciones en ese sentido en el marco de los TM deben ser reforzadas.

La intervención integral de las necesidades individuales de los usuarios, es una de las limitaciones que en la actualidad tienen los TM, y una asignatura pendiente a remontar. El abordaje biopsicosocial tiene un claro objetivo de rehabilitación y de reinserción¹⁷. Según el trabajo ya citado de Amato y colaboradores¹⁸ en el que realizan una revisión de estudios sobre la combinación de los tratamientos psico-sociales con los TM, nos ilustran este hecho por su influencia directa en la mejora significativa en cuanto a la reducción de los consumos ilícitos así como la mejoras producidas en la salud y ajuste social de los usuarios.

Recogiendo el planteamiento de Fernández Miranda³, la metadona no puede definir un programa o tratamiento como ha estado haciendo hasta el momento y más estando ampliamente acreditados los beneficios de incorporar en la atención elementos individualizadores y lograr dotar al tratamiento de una perspectiva integral. Gran parte de este planteamiento se encuentra recogido por diferentes guías y recomendaciones^{16, 17, 21} para tratamientos con metadona, pero tiene una aplicación práctica limitada.

Los resultados obtenidos en este estudio ponen sobre relieve la necesidad de reforzar un tratamiento que sabemos que es efectivo, siendo que hasta el momento gran parte de las evaluaciones realizadas de los TM van en una línea que en algunos casos, no concuerda con la atención prestada desde esos recursos. Por ello, medir los logros de estas intervenciones en términos determinados socialmente como son la consecución de empleo, el cuidado de la familia, las habilidades, la educación, entre otras, pierde importancia y valor si no son áreas que se trabajan desde estos recursos ni van en la línea de las necesidades detectadas de los usuarios⁴⁹.

Según todo lo anterior, introducir los términos de prevención en este contexto se hacen totalmente necesario, ya no en la prevención de esos consumos iniciales tal y como es entendida en la actualidad buena parte de la labor preventiva en materia de drogodependencias, sino en prevención de recaídas vuelta a consumos problemáticos por parte de los usuarios y a evitar los abandonos de los tratamientos.

Algunas de las limitaciones de este trabajo están ligadas al propio diseño. Al ser este estudio descriptivo y cualitativo, ofrece una aproximación a la realidad a estudiar que debe ser examinada con cautela a la hora de realizar extrapolaciones. Por otro lado, investigar los TM en dos ciudades, ambas con una cobertura asistencial diferente al pertenecer a redes diferenciadas, influye en la propia percepción de los usuarios sobre los TM, y por otro lado lleva a que los usuarios tengan una valoración también diferente de los TM. Por otro lado, los discursos de los entrevistas pueden verse influenciados por el propio progreso en el programa y por su experiencia directa con los terapeutas que les atienden y con el centro.

Entre las aportaciones de esta investigación, destacar la importancia de la estrategia metodológica empleada, dado que con ella nos acercamos a los implicados directos, los usuarios, ofreciéndoles la oportunidad de articular sus opiniones y valoraciones en sus propios términos, lo que permite a los investigadores profundizar en la comprensión del fenómeno de estudio.

Por todo ello, concluir que los TM son intervenciones que funcionan aunque no obstante, deben ser mejorados para asegurar así su continuidad y obtener mayores y mejores resultados con el mayor número posible de personas. Con este trabajo se ofrecen claves de por la orientación que deben seguir esos cambios desde otro planteamiento. Sus usuarios y sus necesidades. Por ello, adecuar los recursos a las necesidades de los usuarios cobra vital importancia si queremos continuar haciendo útil este recurso.

AGRADECIMIENTOS

A todos los usuarios y usuarias que han participado, así como a todo el colectivo de profesionales de los centros contactados, sin su inestimable ayuda y aportaciones, este trabajo no hubiera sido posible. Así como a Michael Farell y Heino Stöver y sus equipos, por su valiosa colaboración.

Los autores agradecen a los revisores de ésta revista por sus aportes a una versión anterior a este trabajo.

Trabajo financiado por la Unión Europea, V Programa Marco: "Methadone maintenance and health care for drug users: identifying best praxis (MEHIB). QLRT-2000-02468"

REFERENCIAS

1. Markez I, Póo M. Drogodependencias: reducción de daños y riesgo. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2000.
2. EMCDDA. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Luxemburg: 2000.
3. Plan Nacional sobre Drogas. Tipos de programas de atención al drogodependiente y de reducción del daño. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaAsistencia/tipologia.htm>. Último acceso abril de 2006.
4. Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 1965; 193: 646-50.
5. Dole VP, Nyswander ME. Methadone maintenance treatment. A ten-year perspective. *JAMA* 1976; 235: 2117-9.
6. Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des Jarlais D et al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994; 309: 997-1001.
7. Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment: patient, programs, services and outcomes. New York: Springer-Verlag, 1991.
8. Lehmann F, Lauzon P, Amsel R. Methadone maintenance: predictors of outcome in a Canadian milieu. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 85-9.
9. Caplehorn JR, McNeil DR, Kleinbaum DG. Clinic policy and retention in methadone maintenance. *Int J Addict* 1993; 28: 73-89.
10. Caplehorn JR, Dalton MS, Cluff MC, Petrenas AM. Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. *Addiction* 1994; 89: 203-9.
11. Abdul-Quarter AS FS, Des Jarlais D MMRBS. Methadone maintenance and behaviour by intravenous drug users that can transmit HIV. *Contemporary Drug Problems* 1987; 14: 425-34.
12. Schoenbaum EE, Hartel D, Selwyn PA, Klein RS, Davenny K, Rogers M et al. Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. *N Engl J Med* 1989; 321: 874-9.
13. Novick DM, Joseph H, Croxson TS, Salsitz EA, Wang G, Richman BL et al. Absence of antibody to human immunodeficiency virus in long-term, socially rehabilitated methadone maintenance patients. *Arch Intern Med* 1990; 150: 97-9.
14. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998; 93: 515-32.
15. Fernandez Miranda JJ. [Methadone maintenance programs effectiveness. An outcome evaluation studies review]. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 150-4.
16. Seidenger A, Honegger U. Metadona, heroína y otros opioides: manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Madrid: Díaz de Santos, 2000.
17. Brands B et al. Literature review. Methadone Maintenance Treatment. Ottawa, ON: Health Canada, 2002.
18. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD004147.
19. Amato L, Davoli M, Ferri M, Gowing L, Perucci CA. Effectiveness of interventions on opiate withdrawal treatment: an overview of systematic reviews. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73: 219-26.
20. Domingo-Salvany A. [Methadone maintenance treatment in Spain. Analysis of active centres in 1997]. In: Paper Presented at VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Chiclana de la Frontera (Cadiz), Spain. 1997.
21. Verster A, Buning E. Manual de Formación: aspectos clave del tratamiento sustitutivo para la dependencia de opiáceos. 2003. Netherlands, Directorio G de la Salud Pública de la Comisión Europea, proyecto: SPC.2002267.
22. Trujols J, Pérez de los Cobos J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones* 2005; 17: 281-75.
23. Vignau J, Brunelle E. Differences between general practitioner- and addiction centre- prescribed buprenorphine substitution therapy in France. Preliminary results. *Eur Addict Res* 1998; 4 Suppl 1: 24-8.
24. Sell L, Zador D. Patients prescribed injectable heroin or methadone -their opinions and experiences of treatment. *Addiction* 2004; 99: 442-9.
25. Perez de los Cobos J, Fidel G, Escuder G, Haro G, Sanchez N, Pascual C et al. A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73: 307-13.
26. Strang J, Marsden J, Cummins M, Farrell M, Finch E, Gossop M et al. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction* 2000; 95: 1631-45.
27. Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse* 2002; 37: 495-522.
28. Torrens M, San L, Martinez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* 1997; 92: 707-16.

29. Perez de Los Cobos J, Trujols J, Valderrama JC, Valero S, Puig T. Patient perspectives on methadone maintenance treatment in the Valencia Region: dose adjustment, participation in dosage regulation, and satisfaction with treatment. *Drug Alcohol Depend* 2005; 79: 405-12.
30. Mitchell TB, White JM, Somogyi AA, Bochner F. Slow-release oral morphine versus methadone: a crossover comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherapies for opioid dependence. *Addiction* 2004; 99: 940-5.
31. White JM, Danz C, Kneebone J, La Vincente SF, Newcombe DA, Ali RL. Relationship between LAAM-methadone preference and treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66: 295-301.
32. Fountain J, Strang J, Griffiths P, Powis B, Gossop M. Measuring met and unmet need of drug misusers: integration of quantitative and qualitative data. *Eur Addict Res* 2000; 6: 97-103.
33. Neale J. Drug users' view of prescribed methadone. *Drugs: Educ Prev Policy* 1998; 5: 33-45.
34. Ball JC, Graff H, Sheehan JJ Jr. The heroin addicts' view of methadone maintenance. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 1974; 69: 89-95.
35. Markez I, Iraurgi I, Póo M. Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: dispositivos específicos y oficinas de farmacia. *Trastornos adictivos* 2002; 4: 171-80.
36. Fiellin DA, O'Connor PG. New federal initiatives to enhance the medical treatment of opioid dependence. *Ann Intern Med* 2002; 137: 688-92.
37. van den Brink W, van Ree JM. Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13: 476-87.
38. Kreek MJ, Vocci FJ. History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23: 93-105.
39. Prieto L. Más allá de los métodos cuantitativos y cualitativos: el método científico. *Revisiones en Salud Pública* 1997; 5: 95-9.
40. Zeithaml V. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
41. Ward J MRHW. How long is enough? answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In Ward RP MRHW, ed. *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, Amsterdam: Overseas Publishers Association, Harwood Academic Publishers, 1998.
42. Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones* 2000; 12: 353-63.
43. Ball AL, Rana S, Dehne KL. HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries. *Public Health Rep* 1998; 113 Suppl 1:170-81.
44. Kidorf M, Hollander JR, King VL, Brooner RK. Increasing employment of opioid dependent outpatients: an intensive behavioral intervention. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50: 73-80.
45. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Injection and non-injection drug use related to social exclusion indicators in two Andalusian cities. *Drugs: Educ Prev Policy* 2005; 12: 437-47.
46. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *Eur Addict Res* 2006; 12: 33-41.
47. Platt JJ. Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychol Bull* 1995; 117: 416-33.
48. Kidorf M, Neufeld K, Brooner RK. Combining stepped-care approaches with behavioral reinforcement to motivate employment in opioid-dependent outpatients. *Subst Use Misuse* 2004; 39: 2215-38.
49. Fischer B, Rehm J, Kim G, Kirst M. Eyes wide shut? - a conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *Eur Addict Res* 2005; 11: 1-14.

