



# ULISES

Programa de Mantenimiento con Metadona  
Centro de Solidaridad de Zaragoza

**Propuesta funcional, evaluación y situación actual.**

---

Textos:

Jorge Gracia Pastor

Manuel I. Yzuel Sanz

Yolanda Nieves Martín

Violeta Castaño Ruiz

Juan Ortega Artigas

Jesús Ignacio Jordán Gracia

Belén Montesa Lou

Fundación Atenea-GID

Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza

Zaragoza 2010.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

### PARTE I

#### El proceso terapéutico y el tratamiento médico de un paciente en el programa

Ulises. Manuel Ignacio Yzuel Sanz.....	7
----------------------------------------	---

1. Introducción.....	9
----------------------	---

- Referencia histórica. Nacimiento del programa Ulises.
- Objetivos generales del programa en su origen
- Niveles de intervención

2. Proceso terapéutico del paciente Ulises.....	10
-------------------------------------------------	----

- Criterios de admisión
- Fase de diagnóstico. Criterios DSM IV.
- Fase de proceso
- Fase de alta,
- Cesación de relación terapéutica.

3. Tratamiento médico de la dependencia a sustancias opiáceas.....	13
--------------------------------------------------------------------	----

- Tratamiento sustitutivo.
- Características del fármaco sustitutivo perfecto.
- 3.1 Agonistas..... 14

- 3.1.1 Metadona. Referencia histórica
  - 3.1.1.1 Perfil Farmacológico. Equivalencias.
  - 3.1.1.2 Interacciones.
  - 3.1.1.3 Procedimiento Clínico. Inicio.
  - 3.1.1.4 Mantenimiento
  - 3.1.1.5 Dispensación diferida.
  - 3.1.1.6 Controles de orina.
  - 3.1.1.7 Situaciones especiales. Viajes, vacaciones, etc.
  - 3.1.1.8 Reducción o decaje. Métodos.

- 3.1.2 Heroína y Morfina.
- 3.1.3. LAAM. Levacetilmetadol.
- 3.2 Agonistas antagonistas. Buprenorfina..... 31

- 3.2.1. Dosis inicial. Inducción.
- 3.2.2. Mantenimiento
- 3.3 Antagonistas. Naltrexona. Naloxona..... 36
- Desintoxicación de opiáceos.

4. Anexos.....	49
----------------	----

5. Bibliografía consultada.....	52
---------------------------------	----

### PARTE II

#### Evaluación Programa ULISES. Yolanda Nieves Martín. Violeta Castaño Ruiz.

1.- Introducción.....	55
-----------------------	----

2.- Metodología.....	56
----------------------	----

3.- Evolución del programa Ulises.....	59
----------------------------------------	----

4.- Pertinencia del programa Ulises.....	65
------------------------------------------	----

5.- Perfil actual de las personas usuarias.....	67
Evolución del perfil de los usuarios.....	70
Patología dual.....	71
6.- Proceso.....	72
Itinerario.....	74
Criterios de admisión.....	74
Criterios de exclusión.....	74
Coordinación interna.....	76
Derivaciones.....	76
Papel de la familia.....	78
7.- Resultados.....	80
Retención de usuarios.....	80
Mejora de la calidad de vida de los usuarios.....	83
Disminución de rasgos asociados.....	90
Acompañamiento.....	92
8.- Satisfacción.....	94
Satisfacción de los usuarios del programa.....	96
Satisfacción de entidades y recursos vinculados al programa.....	106
Satisfacción de los profesionales del programa.....	108
9.- Eficiencia.....	117
10.- Impacto.....	119
12.- Conclusiones.....	121
13.- Recomendaciones.....	124
14.- Anexos.....	127
Análisis descriptivo Cuestionario Satisfacción.....	128
Análisis descriptivo sobre vaciado de expedientes.....	139
<b>PARTE III</b>	
<b>Cambios y mejoras.</b> Juan Ortega Artigas, Jesús Ignacio Jordán Gracia.....	159
Belén Montesa Lou	

## Introducción

A finales de 1997 la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza<sup>1</sup> comienza a valorar la posibilidad de colaborar de algún modo con los usuarios que acudían a tratamiento con metadona en la Unidad de Drogodependencias del Servicio Provincial de Sanidad de Zaragoza, donde se había iniciado en febrero de 1996 el Programa de mantenimiento con metadona<sup>2</sup>.

En los primeros meses del año 1998, la Diputación General de Aragón nos propone colaborar en la dispensación de metadona, aumentando de este modo las posibilidades de tratamiento para un número importante de consumidores habituales de opiáceos que no pueden realizar un programa libre de drogas (como lo era Proyecto Hombre<sup>3</sup>, programa entorno al cual se origina la Fundación CSZ) como primera opción o que ha fracasado reiteradamente en su realización.

De este modo, la Fundación supera el debate excluyente de “programas libres de drogas” frente a los de “reducción de daños”<sup>4</sup> como es el caso del mantenimiento con

---

<sup>1</sup> La Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza se constituye en 1985 con la finalidad de promover la atención a mujeres y hombres ante los problemas asociados a distintos tipos de adicciones por medio del Programa terapéutico-educativo PROYECTO HOMBRE. Transcurridos más de 20 años, la Fundación ha incorporado nuevos ámbitos de intervención a las nuevas realidades que la evolución social y los cambios de consumos de drogas nos presentan.

<sup>2</sup> La metadona se creó a finales de la II guerra Mundial en un laboratorio alemán debido a la escasez de la morfina. En un primer momento se la denominó amidona, más tarde metadona y se comercializó inicialmente como Dolophine. No se utilizó hasta después de la II guerra Mundial como analgésico. En 1947 aparecieron en la revista científica JAMA los primeros resultados del uso de la metadona como tratamiento para el síndrome de abstinencia de la morfina. En 1950 aparece la forma oral de la sustancia aunque las propiedades farmacocinéticas no fueron conocidas hasta 1964. Fue en la década de los 60 cuando se utilizó por primera vez la metadona como terapia de mantenimiento para heroínomanos en un hospital penitenciario de Kentucky (EEUU). En la actualidad es la sustancia usada de forma mayoritaria en los programas de sustitución para el tratamiento de los consumidores de heroína.

<sup>3</sup> Proyecto Hombre nace en España en 1985, dedicado a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias. El método de Proyecto Hombre, consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo para lograr que recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad. Su método, iniciado en Italia en los años 70, se basa en la participación (del afectado, de la familia, de los terapeutas, voluntarios, ex usuarios....) y en la progresiva afloración de los valores que laten en todo ser humano. Proyecto Hombre pretende la emancipación de la persona de sus dependencias y de su desadaptación promoviendo cambios a través de diversas metodologías, con una visión global del abordaje de las drogodependencias, desde un enfoque humanista de la intervención, con una línea metodológica con amplia base educativa, potenciación de la autonomía personal y de los valores, la formación como elemento de cambio en la persona, la familia como elemento relevante en el tratamiento y la promoción de la participación desde el voluntariado.

<sup>4</sup> “En el programa terapéutico del Proyecto Hombre, ninguna droga, fármaco, estupefaciente o paliativo tiene cabida. Nuestra convicción y nuestra postura ante las drogas están, como se ve, en neta contradicción con la política oficial que, con la distribución gratuita de metadona y morfina en los centros públicos, ha creído eliminar el mercado negro de las drogas y la delincuencia consiguiente, salvar a los

metadona, los cuales ya estaban regulados por Orden Ministerial desde 1983, cuando se creó una normativa relativa a la predisposición, uso y dispensación de metadona para el tratamiento de toxicómanos dependientes de opiáceos. La referida Orden Ministerial hacía referencia a la necesidad de realizar para cada paciente un plan terapéutico individual, haciendo responsables de su aprobación a los servicios correspondientes de salud pública.

Desde 1996 se había producido un aumento importante del número de pacientes atendidos en Zaragoza (de 450 en 1996 a 1889 en 1999), produciéndose una masificación importante en los centros que ofrecían este tratamiento con las siguientes consecuencias:

- Dificultades para realizar los seguimientos clínicos y analíticos.
- Aumento de la tensión en los centros entre los pacientes.
- Tensión social en los barrios donde se ubican los centros<sup>5</sup>

En este contexto, el CSZ se suma a otros 8 servicios más los cuatro centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma, absorbiendo ya en 1999 el 8% de los 1889 usuarios atendidos en todo Aragón.

Es a mediados de 1999 cuando se presenta el primer proyecto con iniciativa y vitalidad propia dentro de los programas de la Fundación, al que se le da la denominación de ULISES.

Tras más de 10 años de trabajo y con cerca de 700 usuarios atendidos a lo largo de este periodo, hemos considerado oportuno realizar un análisis sobre la vida del Programa que permita reflexionar acerca de las posibles mejoras de cara a su desarrollo futuro. Este trabajo consta de tres partes.

- En una primera desarrollamos el proceso terapéutico y el tratamiento médico de un paciente en el programa Ulises.
- En una segunda parte presentaríamos la evaluación que, respondiendo a la apuesta por la transparencia y la calidad realizada por esta fundación, ha realizado el departamento de investigación y evaluación de la Fundación Atenea-GID<sup>6</sup>.

---

toxicómanos de la perspectiva de la cárcel y favorecer la desintoxicación graduada mediante la disminución progresiva de las dosis hasta cero.

Esta línea de conducta es un error grave, puesto que implica la renuncia a fortalecer la voluntad del drogodependiente y su impulso natural hacia una vida mejor, a la que se puede y se debe aspirar". Son palabras de Mario Picchi (Pavía 1930-Roma 2010), sacerdote fundador de Progetto Uomo en los años 70 en Italia recogidas en el libro Proyecto Hombre. Bilbao, Editorial Mensajero 1995. pags.63-64

<sup>5</sup> Documento "Los programas de tratamiento con derivados opiáceos en Aragón. Periodo comprendido desde 1996 a 1999" del Servicio Aragonés de la Salud. Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Marzo 2000.

<sup>6</sup> La Organización Atenea Grupo GID es una organización sin ánimo de lucro dedicada al estudio y la intervención en las diferentes formas de exclusión social especialmente en problemas que afectan a la salud. Desde 1985 trabaja en programas de prevención y atención de drogodependencias, realiza investigaciones, desarrolla iniciativas de integración socio-laboral y colabora con otras entidades públicas y del tercer sector.

- Por último mostraríamos los cambios introducidos recientemente, especialmente a partir de las recomendaciones del estudio de evaluación, y que suponen una mejora.



## I Parte

# El proceso terapéutico y el tratamiento médico de un paciente en el programa Ulises.

Manuel Ignacio Yzuel Sanz.

Doctor en Medicina del Centro de Solidaridad de Zaragoza

1. Introducción.....	11
• Referencia histórica. Nacimiento del programa Ulises.	
• Objetivos generales del programa en su origen	
• Niveles de intervención	
2. Proceso terapéutico del paciente Ulises.....	12
• Criterios de admisión	
• Fase de diagnóstico. Criterios DSM IV.	
• Fase de proceso	
• Fase de alta	
• Cesación de relación terapéutica.	
3. Tratamiento médico de la dependencia a sustancias opiáceas.....	15
• Tratamiento sustitutivo.	
• Características del fármaco sustitutivo perfecto.	
• 3.1 Agonistas.....	16
○ 3.1.1 Metadona. Referencia histórica	
3.1.1.1 Perfil Farmacológico. Equivalencias.	
3.1.1.2 Interacciones.	
3.1.1.3 Procedimiento Clínico. Inicio.	
3.1.1.4 Mantenimiento	
3.1.1.5 Dispensación diferida.	
3.1.1.6 Controles de orina.	
3.1.1.7 Situaciones especiales. Viajes, vacaciones, etc.	
3.1.1.8 Reducción o decalaje. Métodos.	
○ 3.1.2 Heroína y Morfina.	
○ 3.1.3. LAAM. Levacetilmetadol.	
• 3.2 Agonistas antagonistas. Buprenorfina.....	32
○ 3.2.1. Dosis inicial. Inducción.	
○ 3.2.2. Mantenimiento	
• 3.3 Antagonistas. Naltrexona. Naloxona.....	38
• Desintoxicación de opiáceos.	
4. Anexos.....	49
5. Bibliografía consultada.....	52

## 1. Introducción

Rescatando el espíritu del héroe que describiera Homero y con su mismo nombre de *Ulises*, como alegoría de un soñado retorno a la normalidad del hogar después de una larga *Odisea* llena de contratiempos y dificultades, nació en 1998 el programa de mantenimiento con metadona para usuarios de opiáceos en el Centro de Solidaridad de Zaragoza.

Este paso supuso para nuestra institución un momento decisivo como parte de una respuesta amplia y diversificada en el abordaje de las toxicomanías; superando así un planteamiento inicial como Programa libre de Drogas (PLD) o al menos no de forma exclusiva.

El programa en su origen describe una serie de **objetivos** que se relacionan a continuación.

- 1. Conocer y evaluar la situación de los distintos usuarios del programa
- 2. Prevenir el deterioro psíquico, físico y social de los distintos usuarios del programa
- 3. Humanizar las situaciones de los usuarios, deterioradas en muchos casos por el itinerario de consumo desarrollado
- 4. Retener el mayor número de usuarios, el mayor número de días posibles, interrumpiendo el conjunto de deterioros que sufren
- 5. Mejorar la calidad de vida de los usuarios (relaciones familiares, relaciones sociales, incorporación laboral, utilización de tiempo libre)
- 6. Acompañar el proceso del usuario durante su estancia en el programa de mantenimiento con metadona.
- 7. Disminuir los daños asociados al uso de drogas. Control de enfermedades.
- 8. Ofertar el paso a un programa libre de drogas

A día de hoy y resumiendo los objetivos originales, podríamos describir en términos prácticos tres **niveles de intervención** que justifican el programa:

- **Nivel paliativo o de reducción de daños.** Intentan paliar los daños relacionados con el consumo de opiáceos: delincuencia, prostitución, infecciones, violencia, marginalidad. Así mismo persigue vincular al paciente con un dispositivo de salud y con un control continuado, favoreciendo su autonomía, concienciación de problemática y toma de decisiones sobre su patología

- **Nivel adaptativo.** En este nivel se busca la progresiva readaptación personal y social del paciente, más que lograr la abstinencia continuada y total. Se trabaja el consumo controlado, la reducción de número e intensidad de recaídas, el mantenimiento progresivo de la abstinencia.

- **Nivel terapéutico.** Como objetivo final está la abstinencia total y mantenida, haciendo especial hincapié en la prevención de recaídas. En este nivel se persigue la máxima normalización personal, social, laboral y familiar del paciente.

## **2. Proceso Terapéutico de un paciente de Ulises.**

De forma esquemática podemos describir el proceso como sigue, para desarrollarlo posteriormente:

- Demanda o Derivación
- Proceso de diagnóstico
- Historial y valoración médica
- Analítica de tóxicos en orina. Objetivación del consumo de opiáceos.
- Dispensación y seguimiento diario de metadona u otros sustitutivos.
- **Oferta** de proceso terapéutico. Seguimiento individual, grupal, comunidad terapéutica. Reinserción y grupos de apoyo (soporte y motivación).
- Procesos complementarios.
  - Social: Acogida y desayuno caliente. Trabajadora social.
  - Jurídico: Consulta jurídica.
  - Educación para la salud. Talleres de salud.
  - Servicio de Asistencia familiar.
- Decalaje. (voluntario) Hospitalario. Ambulatorio Rápido. Paulatino. Acumet.

En la actualidad para que un usuario sea incluido en el Programa Ulises deben darse una serie de **criterios**:

1. Demanda voluntaria del paciente mayor de edad.
2. Objetivación del consumo de opiáceos mediante detección en orina.
3. Incapacidad para estabilizar otras alternativas terapéuticas
4. Entorno poco favorable para un estilo de vida libre de drogas
5. Gestantes con adicción a opiáceos
6. Patología orgánica grave que pueda poner en riesgo su vida si existe recaída en el consumo de sustancias opiáceas.
7. Situación de alto riesgo para contraer VIH u otras enfermedades infecciosas
8. Patología psiquiátrica grave asociada al consumo de opiáceos.
9. Estilo de vida marginal alejado de normas sociales. Conductas delictivas.

Una vez cumplidos uno o varios criterios de inclusión el paciente se le da de alta firmando un contrato terapéutico (Anexo 1) y aportando fotocopia de DNI, Tarjeta

sanitaria y documento de derivación, si es el caso. Tras este trámite, el usuario pasa a la llamada **fase de diagnóstico**:

Se realiza la **historia clínica protocolizada**, con especial énfasis en la historia de consumo de opiáceos. Podemos valernos también de **signos físicos** de consumo (marcas de venopunción, abscesos cutáneos, tromboflebitis, edema en extremidades, úlceras cutáneas, etc.).El diagnóstico definitivo se realiza mediante los criterios DSM<sup>7</sup>, pudiendo categorizar a los pacientes dentro de un trastorno por abuso de opiáceos [305.50] o un trastorno por dependencia de opiáceos [304.00], así como podemos también codificar la intoxicación [292.89] y la abstinencia [292.0].En general los **trastornos inducidos por consumo de opiáceos descritos por el DSM IV<sup>8</sup>** son:

- F11.00 Intoxicación por opiáceos [292.89]
- F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas
- F11.3 Abstinencia de opiáceos [292.0]
- F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos [292.81]
- F11.51 Trastorno psicótico inducido por opiáceos, con ideas delirantes [292.11]
- Especificar si: De inicio o durante la intoxicación
- F11.52 Trastorno psicótico inducido por opiáceos, con alucinaciones [292.12]
- Especificar si: De inicio o durante la intoxicación
- F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos [292.84]
- Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos [292.89]
- Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos [292.89]
- Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
- F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado [292.9]

Además del tratamiento médico, el paciente recibe seguimiento terapéutico con entrevistas individuales y valoración psiquiátrica así como apoyo de asistencia social y jurídica si fueran necesarias. Toda esta intervención multidisciplinar deriva en una propuesta de **itinerario terapéutico personalizado**, donde se contempla el tratamiento

---

<sup>7</sup> *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta. La edición en castellano en MASSON S.A. Barcelona 1995.

<sup>8</sup> DSMIV pag.259.

ambulatorio completo, incluso la estancia en nuestra Comunidad Terapéutica “ Proyecto Hombre”<sup>9</sup> si el caso lo requiere.

Tras esta primera fase de diagnóstico se continúa, de manera opcional y voluntaria, con una **fase de proceso terapéutico** en el que el usuario sigue tratamiento psico educativo con entrevistas individuales desarrolladas con un terapeuta personal y dinámicas grupales si se considera pertinente, todo ello en régimen ambulatorio, bien en nuestro Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA)<sup>10</sup> o en el Programa TARABIDÁN<sup>11</sup> si el paciente es menor de 25 años. En este periodo también puede darse el ingreso temporal en nuestra Comunidad Terapéutica “Proyecto Hombre” de Miralbueno, como parte del proceso de tratamiento.

**Fase de alta terapéutica.** El usuario puede completar su proceso llegando a mantenerse abstinentes de drogas opiáceas y con un decalaje completo de sustancias sustitutivas pudiendo optar a la situación de **alta terapéutica**, solo en el caso de que el nivel de intervención sea total. No se contempla el alta terapéutica si los niveles de intervención son de reducción de daños o paliativo, así como el nivel adaptativo, descrito anteriormente.

Otros casos de **cesación de la relación terapéutica** pueden ser:

---

<sup>9</sup> Una Comunidad Terapéutica es un instrumento psicoterapéutico y educativo durante un tiempo definido, orientado a que el usuario pueda reconducir su vida responsabilizándose de la misma. Los agentes para el cambio son las interacciones que se producen entre las personas que componen la comunidad, tanto los profesionales como las personas en tratamiento. La Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre en Zaragoza funciona desde 1986. Más información en COMAS, Domingo: Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. Madrid, Grupo GID 2006.

<sup>10</sup> Situado en la calle Manuela Sancho 3-9 de Zaragoza, desde 1998 ofrece una propuesta con metodología ambulatoria para dar respuesta a los diversos perfiles de usuarios mayores de 25 años. Su propuesta terapéutica consiste en un tratamiento combinado de terapia grupal y seguimiento mediante entrevistas individuales. Todas las intervenciones contemplan a la familia como parte fundamental en la consecución de los objetivos de tratamiento por lo que siempre que es posible se realiza un trabajo complementario de información, orientación y apoyo familiar

<sup>11</sup> Situado en la calle Lucero del alba 2 en Zaragoza, TARABIDAN surge en 1996 como respuesta del **Centro de Solidaridad de Zaragoza** a la demanda creciente de jóvenes y adolescentes con comportamientos de riesgo. Tiene como finalidad el promover un proceso educativo y de maduración en esos jóvenes que mantienen comportamientos de riesgo, teniendo en cuenta aspectos fundamentales de la persona para facilitar su desarrollo personal, familiar y social. Se contempla como población diana no sólo a los adolescentes sino también a sus familias porque para superar las crisis que conlleva educar a un adolescente, es necesaria la implicación familiar desde un proceso paralelo que permita aprender a situarse ante los cambios en las relaciones con el adolescente. Combina la metodología grupal con el seguimiento individual.

- Causar BAJA VOLUNTARIA por comunicación directa del usuario o por no acudir diariamente a la dispensación de metadona durante 30 días seguidos, o los correspondientes si tiene régimen de “take-home”<sup>12</sup>.
- EXPULSIÓN. Puede ser temporal o definitiva, por incumplimiento reiterado de las normas aceptadas y descritas en el contrato terapéutico(anexo 1) que se firma entre el centro y el usuario, para darle de alta en el Programa.
- TRASLADO. Puede ser temporal o definitivo en caso de ingreso hospitalario, cambio de residencia habitual, viajes, etc. Se realizan derivaciones temporales o definitivas a la UASA, que le corresponda en su nuevo domicilio.
- INGRESO EN PRISIÓN. Se realiza derivación al servicio médico correspondiente.
- ÉXITUS (fallecimiento).

### **3. Tratamiento Médico de la dependencia de Sustancias Opiáceas.**

Varias son las opciones terapéuticas que podemos manejar a la hora de afrontar un caso de uso continuado de opiáceos. Vamos a describirlos a continuación:

1. Programas de Sustitutivos Opiáceos Agonistas (Metadona y LAAM)
2. Programas con Ag-Antagonistas Opiáceos:
  - a. Buprenorfina: Subutex. Buprex.
  - b. Buprenorfina/naloxona (4:1): Suboxone
3. Programas con Antagonistas Opiáceos
  - a. Naltrexona

Las diversas alternativas nos demuestran que no hay ningún fármaco perfecto.

Podríamos definir el fármaco perfecto con los siguientes criterios:

- Eficaz en la sintomatología de abstinencia.
- Pocos efectos secundarios.
- Aceptable tasas de retención
- Difícil venta en mercados ilegales

---

<sup>12</sup> Según la situación y evolución de cada caso es posible no tener que ir diariamente pudiendo ir al centro con la periodicidad que se considere, lo que se llama “Dosis para Casa” o “Take Home”. La decisión de incluirle en esa modalidad de tratamiento la tomará únicamente el equipo terapéutico según criterios de buena evolución. El paciente y el familiar serán responsables de la custodia de sus dosis de metadona, que tendrá que tener en un lugar seguro.

- Bajo riesgo de que aumente el consumo de otras drogas
- Baja toxicidad en sobre dosificación
- Baja mortalidad en asociación a conductas de riesgo
- Que no sea necesaria la desintoxicación de la droga de abuso
- Que no produzca recaídas.

Las sustancias activas a utilizar cuya indicación y uso describiremos a continuación serían:

**1. AGONISTAS:**

- Heroína.
- Morfina.
- Metadona y LAAM ( Levo-alfa-acetilmadol)
- Propoxifeno 30
- Tramadol 25.
- Tilidina.
- Codeína 30

**2. AGONISTAS ANTAGONISTAS :**

- Buprenorfina
- Pentazocina(parcial)

**3. ANTAGONISTAS:**

- Naloxona
- Naltrexona

**3.1.1 Agonistas. Metadona.**

La metadona fue sintetizada en la 2ª Guerra mundial. Fue utilizada como sustitutivo del consumo de opiáceos por primera vez entre 1960 y 1964 por Vincent Dole y Marie Nyswander. Un primer ensayo comunitario que implicó unos 6000 usuarios casi todos de perfil marginal. En el Centro Médico Beth Israel de la ciudad de Nueva York.

La metadona es un agonista opiáceo sintético que tiene un efecto similar a la morfina en humanos. Se absorbe bien por vía oral y tiene una buena biodisponibilidad (80 al 95%), alcanzando concentraciones máximas en 2-4 horas. La vida media es de entre 24-35 horas, con importantes variaciones individuales. Se transforma en hígado y se excreta en orina. La alcalinización de la orina puede aumentar la vida media de la metadona.

3.1.1.1 Este perfil farmacológico hace de la metadona una sustancia muy útil como tratamiento opiáceo sustitutivo ya que permite su administración oral y una dosificación diaria única con concentraciones plasmáticas estables y sin clínica abstinencial. Presenta los mayores efectos tras 3-5 días de tratamiento manteniendo una dosis fija (motivo por el que los aumentos de dosis se realizan cada 3-5 días). Si se deja de tomar presenta un síndrome abstinencial de inicio lento (12-48 horas) de intensidad leve y de duración moderada (7-15 días)

1 mg. de metadona equivale a:	2 mg. de heroína (100% pureza) 3 mg. de morfina 25 mg. de codeína 50 mg. de propoxifeno 0,06 mg. de buprenorfina
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Heroína</b> (10% de pureza)	<b>Metadona</b> (dosis tras estabilización)
1/8 (125 mg.) <i>“papelina”</i>	20 mg./día
1/4 (250 mg.)	30 mg./día
1/2 (500 mg.)	40 mg./día
3/4 (750 mg.)	50 mg./día
1 g.	60 mg./día

(Equivalencias de metadona por cantidad de consumo. Dosis orientativas de mantenimiento tras estabilización clínica)

La metadona es un fármaco seguro y sin **efectos adversos** graves.

Los más frecuentes son: sudoración, pérdida de concentración, sedación, alteraciones del sueño, aumento del peso, euforia si sobredosificación, náuseas/vómitos, alteraciones sexuales y estreñimiento. Suelen presentarse al inicio del tratamiento y generalmente mejoran de forma paulatina.

El efecto adverso más grave que puede producirse es la depresión respiratoria, que es dosis- dependiente y frecuentemente se produce por sobredosis al ser potenciada por otros depresores del SNC como opiáceos ilegales, benzodiazepinas o alcohol, aunque en condiciones normales es muy infrecuente.

### 3.1.1.2 Más frecuentes y valorables en la práctica habitual son las **interacciones**

La metadona se metaboliza por el enzima CYP 3A4. La expresión de este enzima está mediada por factores genéticos, ambientales y ciertos fármacos, por lo que las interacciones farmacológicas son múltiples. Hay fármacos contraindicados cuando se toma metadona. (Tabla A). Otras sustancias pueden disminuir (Tabla B) o aumentar las concentraciones o efectos de la metadona. (Tabla C).

A continuación se describen estas tres tablas.

**Tabla A. Fármacos contraindicados con la metadona**

Fármacos opiáceos contraindicados (pueden precipitar la abstinencia)	
Nombre genérico	Acción/uso
- Naltrexona	- Antagonista opiáceo utilizado en el tratamiento del alcoholismo y bloqueo de los efectos opioides
- Buprenorfina, butorfanol, dezocina, nalbufina, pentazocina	- Analgésicos con actividad opiáceo-antagonista
- Tramadol	- Analgésicos sintético (no considerado antagonista opioide, pero disminuye los niveles de opiáceos)
- Nalmafene, naloxona	- Revierte los efectos opiáceos

Fuente: Eap y cols, 2002; Generalitat de Catalunya 2005

**Tabla B. Sustancias que pueden disminuir el efecto de la metadona.**

Fármacos y sustancias de abuso que pueden disminuir las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y pueden precipitar la abstinencia (los antirretrovirales se enumeran en tabla específica).	
Nombre genérico	Acción/uso
- Acido fusídico	- Antibacteriano
- Butobarbital sódico, mefobarbital, fenobarbital, pentobarbital, secobarbital	- Barbituratos, sedantes y/o hipnóticos
- Carbamacepina	- Anticolvulsivante, neuralgia del trigémino, eutimizante
- Cocaína	- Sustancia de abuso
- Dexametasona	- Corticoide
- Etanol	- Consumo crónico
- Espiranolactona	- Diurético
- Fenitoína	- Anticonvulsivante
- Hierba de S. Juan	- Antidepresivo
- Heroína	- Sustancia de abuso
- Primidona	- Anticonvulsivante
- Rifampicina	- Tratamiento TBC pulmonar
- Tabaco	- Sustancia de abuso
- Acidificadores de la orina, ácido ascórbico	- Mantiene soluble el calcio, controla irritaciones cutáneas inducidas por orina, vitamina C

Fuente: Eap y cols, 2002; Generalitat de Catalunya 2005

**Tabla C. Sustancias que pueden aumentar los efectos de la metadona.**

Fármacos que pueden incrementar las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y aumentar la sedación y otros efectos opiáceos	
Nombre genérico	Acción/uso
- Amitriptilina	- Tratamiento de la depresión y ansiedad
- Cimetidina	- Antagonista receptores H <sub>2</sub> , tratamiento del ulcus gástrico y duodenal y del reflujo gástrico
- Ciprofloxacino	- Antibiótico quinolona
- Diazepam	- Tratamiento de la ansiedad
- Dihidroergotamina	- Antimigrañoso
- Disulfiram	- Interdictor del alcohol
- Etanol	- Consumo agudo
- Fluconazol	- Agente antifúngico
- Ketoconazol	- Agente antifúngico
- Eritromicina, claritromicina	- Antibióticos macrólidos
- Alcalinizadores de la orina	- Tratamiento de la litiasis renal y contra la gota
- Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina	- Tratamiento del trastorno depresivo mayor, el TOC, el trastorno por crisis de angustia, fobias y TAG
- Moclobemida	- Antidepresivo IMAO reversible
- Metronidazol	- Anti-infeccioso
- Zumo de uva	- Alimento
- Verapamil	- Antiarrítmico

### **3.1.1.3 Iniciando el tratamiento de Metadona.**

Debemos tener en cuenta que una dosis demasiado baja de metadona puede ser insuficiente para bloquear los receptores opioides, causando clínica abstinencial y facilitando el consumo de opioides ilegales u otros tóxicos como benzodiacepinas u alcohol. Así mismo, una dosis excesiva puede provocar una intoxicación.

Hay que valorar aspectos como la pureza de la heroína, la cantidad consumida, las enfermedades o medicaciones concomitantes, el uso de otros tóxicos, la tolerancia previa a metadona, etc.

Las recomendaciones generales para la inducción son las siguientes:

- En general, la dosis inicial de metadona estará entre **10-40 mg**. Si la tolerancia a opiáceos es baja o desconocida daremos 10-20 mg. y si es alta daremos 25-40 mg.
- Dejaremos al paciente en **observación** durante 3-4 horas para observar si aparecen signos de intoxicación o por el contrario de abstinencia.
- Si aparece clínica abstinencial, se pueden añadir pequeñas **dosis suplementarias** según la intensidad de la clínica. Tras cada dosis, dejaremos al paciente de nuevo 3-4 horas en observación.
- Posteriormente el paciente acudirá cada día a tomar la metadona hasta obtener la **estabilización** clínica, que generalmente suele estar entre 50-120 mg/día y tardar 15-45 días tras el inicio del tratamiento.
- Podrán realizarse incrementos de **5-10 mg. cada 3-5 días** hasta lograr la estabilización, con un máximo total de 20-30 mg. /semana.
- Es preferible iniciar la inducción a principios de semana, para que cuando las concentraciones de metadona alcancen su máximo pueda ser valorado por los profesionales. (Ya que no hay visitas en fin de semana).

<b>Gravedad de la abstinencia</b>	<b>Dosis adicional</b>
Leve	Ninguna
Moderada (mialgia, midriasis, náuseas, bostezos)	5-10 mg.
Grave (vómitos, pilo erección, taquicardia, HTA, diarrea)	20-30 mg.

Existen algunos pacientes con mayor riesgo de intoxicación por metadona, en los que tendremos que ser más cuidadosos:

Pacientes visitados por primera vez, en los que no podemos contrastar la información que aporta.

- Poli consumidores de tóxicos.
- Pacientes con enfermedad respiratoria clínicamente grave.

- Pacientes con enfermedad hepática clínicamente grave.
- Pacientes con tratamientos que inhiben el CYP3A4

#### **3.1.1.4 Mantenimiento con Metadona**

El objetivo a conseguir con la administración de metadona es triple: bloquear los efectos euforizantes y de refuerzo de otros opiáceos, evitar el deseo de consumo, evitar un síndrome de abstinencia. Estos efectos se deben a la saturación de los receptores opiáceos a los que se une la metadona por tolerancia cruzada. A nivel práctico, dosis diarias de metadona inferiores a 60 mg. son incapaces de producir estos efectos, que se dan especialmente **entre 80 y 100 mg./día**. Existe una importante variabilidad a nivel individual, por lo que las dosis pueden diferir según los pacientes. En casos concretos puede ser de interés el cálculo del nivel plasmático de metadona, que debe estar alrededor de los **400 ng/ml** (entre 150-600 ng/ml) para conseguir los efectos mencionados. Sin embargo tampoco existen evidencias claras de cuales deben ser los niveles plasmáticos concretos de metadona. En el momento actual, la medida más fiable y utilizada clínicamente es preguntar al propio paciente su opinión sobre los efectos de la dosis administrada.

En general la administración de metadona en una sola toma diaria es suficiente para prevenir la aparición de síndrome de abstinencia. Si con una dosis diaria elevada de metadona aparece clínica abstinencial puede deberse a inducción enzimática por fármacos/drogas o a una metabolización de la metadona más rápida de lo normal. En estos casos podemos **fraccionar la metadona** y administrarla cada 12 horas.

El proceso de mantenimiento con metadona no tiene una duración determinada, aunque es generalmente un tratamiento prolongado que en algunos pacientes puede durar toda la vida.

#### **3.1.1.5 Dispensación Diferida “Take Home”**

Cuando el paciente ya lleva un tiempo estable tomando la metadona diariamente en el centro y no ha mostrado ningún signo de mal uso o abuso del tratamiento (Alegar vómitos reiteradamente, solicitar dosis de rescate o de refuerzo con frecuencia) que pueda evidenciar falta de responsabilidad y compromiso del paciente con su tratamiento, se puede distanciar o diferir la dispensación de manera que el paciente

pueda recoger sus dosis de metadona 2 veces por semana o cada semana, quincenal, mensual, etc. No se recomienda una dispensación más allá de la mensual por seguridad sobre el seguimiento del paciente.

#### **Objetivos:**

- Favorecer la retención en el tratamiento
- Incentivar y mantener la abstinencia de opiáceos y de otras sustancias
- Normalizar el tratamiento farmacológico implicando al paciente en la gestión y la responsabilidad de su tratamiento.
- Facilitar la rehabilitación social y la autonomía del paciente

#### **Riesgos:**

- Desvío al mercado ilegal de parte de la dosis: para minimizarlo, es recomendable que **cuando el paciente acuda a recoger** las dosis para llevar, **tome en el centro la dosis correspondiente a ese día**. Así mismo, deben realizarse determinaciones de metadona de forma regular, para asegurarnos de que el paciente está tomándola. También es imprescindible contabilizar rigurosamente las dosis y los botes suministrados para evitar la malversación. Con una buena contabilidad a medio plazo se evidencia la malversación del fármaco. El paciente que hace mal uso se retrasa en el día de la recogida y se desajusta el ritmo de la demanda.
- Sobredosis: si el paciente toma por su cuenta más dosis diarias de las que se le han pautado. Esto puede ocurrir sobre todo al inicio del tratamiento, cuando el paciente todavía no está estabilizado. Para evitarlo debe evitarse el “take-home” hasta que el paciente no esté estabilizado correctamente.
- Ingestión accidental por otras personas.

#### Criterios de administración diferida “Take home”

- Abstinencia de opiáceos: es el factor principal. Son necesarios 15 días de abstinencia, con un mínimo de 1 análisis de orina semanal negativo para opiáceos. Se valora conjuntamente la estabilidad personal y del entorno familiar.
- Dificultades para el desplazamiento al centro. El paciente vive lejos o tiene dificultades de transporte. También si el paciente tiene un horario incompatible con el Centro, motivo por el cual puede designar una persona responsable de recogidas debidamente identificada y valorada por el centro como responsable.

- Vacaciones, traslados temporales (cuando el lugar donde se desplaza el paciente no contempla la dispensación). Viajes imprevistos o programados cuyas características hagan difícil contactar con algún centro de dispensación local.

#### Criterios de suspensión de la dispensación diferida “Take Home”

- Consumo de opiáceos, confirmado por análisis de orina: puede retirarse o disminuirse el “take-home” ajustando la dosis de metadona hasta obtener de nuevo la abstinencia.
- Consumo de otros tóxicos.
- Sospecha de desvío al mercado ilegal: motivada por pérdida reiterada de dosis, reticencia a tomar algunas dosis en el centro, análisis de orina positivos a opiáceos. Desajustes en las demandas de la sustancia.
- Necesidad de administrar un tratamiento farmacológico de forma continuada: tener que acudir a diario a tomar la metadona puede ser la única forma de administrar un tratamiento antipsicótico o interdicator que necesita supervisión o tutela del terapeuta, para garantizar su ingesta por parte del paciente a la dosis adecuada.
- Actos de violencia o delictivos. Deterioro por parte del usuario de las normas de convivencia en el centro.

#### Normas de administración.

- Se comienza acudiendo de lunes a viernes (diariamente) y dando las dosis para el fin de semana (sábado y domingo).
- En caso de buena respuesta, nunca antes del primer mes y si el paciente cumple los criterios de dispensación diferida se van distanciando progresivamente las fechas de dispensación de manera creciente (dos veces por semana, una vez por semana), hasta un máximo de 15 días. En pacientes muy estables se puede dispensar una vez al mes.
- Para garantizar la estabilidad de la metadona, se aconseja un máximo de 7 días en caso de dispensación líquida o bien se recomienda el mantenimiento refrigerado del medicamento en nevera.

### **3.1.1.6 Análisis de sustancias en orina. Controles.**

- Son una parte importante del plan terapéutico.
- Su fin es tener una medida objetiva de la evolución de la abstinencia, para así poder valorar junto al paciente la evolución del tratamiento con criterios claros, planteando las disonancias encontradas y buscando de forma conjunta alternativas de cambio. No solo del consumo de opiáceos sino también de consumo de otros tóxicos (cocaína, anfetaminas, THC, etc.)
- La realización de análisis periódicos puede facilitar el compromiso del paciente con el tratamiento, favoreciendo el éxito posterior.
- En determinados pacientes, como los que están cumpliendo medidas legales alternativas, los análisis de orina periódicos son imprescindibles.
- La recogida de orina se realiza en un aseo especialmente diseñado para facilitar la obtención en un entorno de privacidad y respeto al paciente, pero de forma supervisada por el terapeuta, para disminuir la posibilidad de manipulación de las muestras. Se puede objetivar la manipulación de la muestra, especialmente la dilución de orina con agua del grifo para disminuir los niveles de sustancias tóxicas en la muestra, mediante la determinación del aclaramiento de creatinina en la muestra. Si la cifra es menor de un límite conocido significa que la muestra está diluida en agua.
- La frecuencia de los controles es variable según cada caso en concreto y se rige por criterios del equipo. Sería deseable al menos un control al mes.
- La negativa del paciente a realizar el control o la sospecha reiterada de manipulación del mismo conllevan la inmediata consideración del análisis como positivo.

### **3.1.1.7 Situaciones especiales. Traslados temporales y vacaciones**

Traslado temporal.

- Se recomienda avisar en el centro con un mínimo de 15 días hábiles antes del traslado.
- Desde el centro se contactará con el centro correspondiente en la ciudad de destino para solicitar el traslado temporal.

- En caso de aceptación, se enviará por fax el impreso de traslado temporal y se facilitarán al paciente las dosis de metadona correspondientes hasta la fecha en que comience la dispensación en el otro centro. **Modelo de derivación (Anexo 2)**
- Tras la vuelta del paciente, se retomará la dispensación en el centro partir de la fecha de fin de dispensación temporal que se tenga recogida.
- En el caso en que no exista un centro dispensador que pueda hacerse cargo, se puede suministrar la paciente la metadona líquida o en comprimidos hasta un máximo de un mes, adjuntando el correspondiente informe como en el caso de vacaciones que se detalla a continuación.

### Vacaciones

- Se recomienda avisar al centro con un mínimo de 15 días hábiles antes del viaje.
- La dispensación de metadona para vacaciones se realizará cuando estas cumplan unos criterios de verosimilitud, y siempre que sean menores a 30 días.
- La metadona se entregará en solución o en comprimidos (Metasedin), según criterios médicos y facilidad para la conservación.
- El médico del centro realizará un informe médico que el paciente deberá llevar siempre consigo, donde se incluyen los datos principales del diagnóstico, la dosis de metadona y el régimen de dispensación, así como las medicaciones concomitantes.
- En caso de viaje fuera del territorio nacional, se actuará según el país de destino. En cualquier caso, si el viaje es internacional se recomienda que la metadona sea en comprimidos (especialmente si va a coger un avión) y que el informe o modelo de informe esté redactado también en inglés. **Certificado (Anexo 3)**
- Se facilitarán al paciente las dosis de metadona correspondientes para todo el tiempo previsto que dure el viaje.

### **3.1.1.8 Reducción, Supresión y Decalaje de Metadona.**

Es importante recordar que el objetivo principal del tratamiento es que el paciente no consuma opiáceos ilegales y que obtenga una buena calidad de vida, lo más normalizada posible. El objetivo principal no es por tanto la supresión de la metadona, y de hecho un importante número de pacientes necesitarán un tratamiento prolongado con ella, incluso de por vida.

La supresión de metadona puede provocar que aparezca un síndrome de abstinencia, que será más prolongado que el de la heroína pero menos intenso. Cuanto más lenta sea la reducción de dosis, menos probable es que el paciente note malestar.

#### Criterios e Indicaciones del Decalaje

Se puede plantear ante un paciente estabilizado en el PMM, que se mantiene abstinentemente de opiáceos ilegales de forma prolongada y ha cambiado de forma clara y firme su estilo de vida.

Lo idóneo es realizarla con el acuerdo conjunto de paciente y equipo terapéutico, intentando encontrar el momento más adecuado. Nunca se realiza con la oposición del paciente, y en algunas ocasiones se realiza por demanda del paciente, en contra del criterio médico. **Se recomienda pues, que quede constancia en la historia médica de la solicitud voluntaria y explícita del paciente.** El paciente debe conocer siempre que está en proceso de decalaje, aunque la mayoría prefieren desconocer los pormenores del procedimiento.

Debe **valorarse** siempre la posibilidad de que el paciente pase a un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos (**naltrexona**) tras la supresión de metadona, para favorecer la abstinencia. En este caso es preferible realizar la parte final de la supresión en régimen hospitalario, para instaurar simultáneamente la naltrexona.

#### Procedimiento de reducción o decalaje.

La desintoxicación del tratamiento de mantenimiento con metadona provocará un síndrome de abstinencia. Debido a que la vida media de eliminación de la metadona es relativamente larga y al hecho de que se acumula en los tejidos corporales durante el tratamiento de mantenimiento, su síndrome de abstinencia es más prolongado que el de los opiáceos de acción corta como la heroína y la morfina. Sin embargo, se dice que la abstinencia con metadona es menos intensa. Para poder prevenir o reducir la ansiedad del paciente es importante explicarle detalladamente lo que va a suceder.

Los estudios disponibles sugieren que cuanto más despacio se disminuyan las dosis mejor. Sin embargo, como todas las decisiones relativas al plan de tratamiento se debe de individualizar y hacerlo de acuerdo con el paciente. Una opción es reducir la dosis a ciegas, ya que algunas personas no quieren saber los detalles sobre la reducción para

evitar la ansiedad y los efectos relacionados con las expectativas. La terapia de apoyo se considera una parte importante del proceso de la desintoxicación del mantenimiento con metadona e incluso se debería continuar después de que los pacientes hayan terminado el régimen de reducción debido al síndrome post-metadona. Este consiste en pequeños síntomas correspondientes a la fase de abstinencia prolongada así como al hecho de llevar una vida libre de opiáceos. La puesta en marcha de **servicios de atención posterior al decalaje** en algunos lugares es una respuesta a estos problemas y se compone de una combinación de educación, trabajar habilidades y aspectos derivados del nuevo estado de vida sin dependencia en algunos casos tras años de tratamiento.

Patrones: En la actualidad 4 son los patrones que podemos aplicar para la reducción o decalaje del tratamiento de metadona:

1. Progresivo ambulatorio
2. Rápido ambulatorio
3. Ultrarrápido hospitalario
4. Decalaje con Acupuntura.

### **1. Reducción progresiva ambulatoria.**

En general, cuanto más lenta sea la pauta de reducción, mejor lo tolerará el paciente. Debemos individualizar la reducción con cada paciente. Esto es verdaderamente importante dado que muchos pacientes, frente a la sensación de síntomas de abstinencia pueden reaccionar con desconfianza en el procedimiento, cuando no con demandas agresivas de restitución de las dosis ya rebajadas.

Podemos utilizar 2 ritmos de reducción. Primero al principio sobretodo en pacientes que están todavía en dosis altas se puede hacer una reducción puntual del 10 % de la dosis y dejar pasar 15 días para que el cuerpo se adapte a la nueva dosis. Posteriormente si el paciente persevera en su demanda de reducción podemos instaurar una bajada progresiva programada de reducción constante, segunda forma. La reducción puede ir desde una bajada del **10% a la semana** cuando las dosis de metadona son superiores a 100 mg. /día a pautas más lentas de **5mg. cada quince días** si las dosis son inferiores. Cuando las dosis están por debajo de 40 mg es mejor disminuir un máximo de **5 mg. cada mes**, con bajadas de **5 en 5 mg**, para posteriormente pasar a reducciones más lentas, hasta llegar a bajadas de **2 en 2 mg**. A medida que la dosis se vaya

reduciendo (por debajo de 10 mgrs/día puede ser necesario aumentar la frecuencia de las visitas médicas de supervisión para valorar el estado físico del paciente, con reducciones pequeñas hasta de 1 mg cada semana por debajo de 5 mg/día.

En algunos pacientes puede ser necesario realizar un **ingreso hospitalario** programado para completar la desintoxicación, sobre todo cuando están tomando dosis bajas de metadona, presentan clínica abstinencial intensa durante la reducción o si se pretende iniciar un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos posteriormente.

Si aparece clínica importante de abstinencia o reaparece el deseo o riesgo de consumo, debemos plantear al paciente la posibilidad de detener temporalmente la pauta de reducción. Ajustando la dosis de nuevo si la situación clínica lo requiere.

En términos prácticos la reducción paulatina se realiza hasta la eliminación total de la metadona diaria. En muchos casos el paciente solicita una reducción ciega, sin saber los pormenores de la reducción. En otros casos y sobretodo en el tramo final del proceso y para evitar la ansiedad psicológica del paciente frente a la disminución paulatina del volumen del fármaco administrado se diluye los mgrs necesarios de cada momento en una disolución constante de 10 ml de agua. Disolución que puede mantenerse incluso un mes después de que la dosificación de la sustancia sea de 0 mgrs/día., con objeto de valorar y trabajar con el paciente el proceso psicológico de prescindir del fármaco después de, en algunos casos, hasta 10 años de mantenimiento.

## **2. Decalaje rápido ambulatorio.**

Por motivos prácticos lo vamos a describir en el apartado de desintoxicación de opiáceos dado que corresponde a la misma entidad clínica (Véase siguiente apartado de desintoxicación de opiáceos). Solo apuntar que en el caso particular de la metadona para este sistema solo es posible cuando la dosis diaria de tratamiento sea menor de 30 mgrs/día de metadona en cualquiera de sus formas farmacéuticas.

**3. Decalaje ultrarrápido hospitalario.** Este método no lo describimos por salirse del marco de nuestra actuación habitual. Se menciona en el apartado de desintoxicación opiácea.

## **4. Decalaje con Acupuntura (ACUMET)**

La aplicación de la acupuntura como método terapéutico en el tratamiento de la adicción de sustancias opiáceas, surge en los primeros años 70. En 1972, el Dr. H. L.

Wen, un renombrado neurocirujano de Hong Kong, pasó un mes en China estudiando las técnicas de anestesia acupuntural. A su regreso, junto con la Dra. Margaret Patterson, directora de Cirugía del Grupo de Hospitales Tung Wah, y el Dr. Cheung, colaborador de ambos, seleccionaron algunos pacientes programados para cirugía que estuviesen dispuestos a recibir anestesia con acupuntura en lugar de óxido nitroso. Asimismo, se recurrió a la electroacupuntura para paliar el dolor postquirúrgico.

Sin saberlo los médicos, algunos de los pacientes reclutados para la anestesia acupuntural eran adictos a distintas sustancias: opio, heroína, morfina, nicotina y alcohol. Dichos pacientes informaron a Wen y su equipo que durante las semanas en que recibieron acupuntura habían perdido el deseo de consumir drogas, cigarrillos o alcohol. Los testimonios alertaron a los especialistas quienes iniciaron a partir de entonces un protocolo de investigación. En 1973, estos tres médicos trataron 40 casos de farmacodependencia, 30 adictos al opio y 10 a la heroína.

Más tarde a principios de los 80 surgió un grupo en Nueva York, liderados por el psiquiatra californiano Dr. Michael Smith. Adjunto del servicio de psiquiatría del Lincoln Hospital del Bronx y experto en acupuntura, organizó un programa de asistencia pública de adictos a sustancias de abuso, con seguimiento especial para madres adictas al crack con seguimiento judicial de los servicios sociales en relación con el mantenimiento o supresión de la tutela de sus hijos. Esta iniciativa se extendió por todo el país hasta crear la Asociación NADA (National Acupuncture Detoxification Assotiation), que estableció un protocolo de tratamiento estándar, modificando el modelo inicial de Wen, que se aplica en más de 150 centros de todo el país.

Más tarde a principios de los 90 y animados por los trabajos del Dr. Smith, el Centro de Solidaridad de Zaragoza montó un servicio de tratamiento de Síndrome de abstinencia a opiáceos con acupuntura con la colaboración del Dr. José Miguel Ausejo Sanz, titular del Centro y el Dr. Manuel Ignacio Yzuel Sanz, médico acupuntor. A lo largo de 7 años fueron tratados unos 400 casos de síndrome de abstinencia con acupuntura. Parte de esos casos fueron presentados en el Congreso Nacional X aniversario Asociación Proyecto Hombre en Vitoria en 1994, como un trabajo experimental sobre 120 casos, pionero en España. Supuso entonces, una aportación importante a la calidad de vida de

los pacientes en el contexto de un programa libre de drogas con contraindicación estricta de farmacoterapia paliativa y sustitutiva<sup>13</sup>.

Entonces los **criterios** utilizados para **indicación** de acupuntura en este tipo de pacientes eran:

- Poli toxicomanía con alcoholismo.
- Enfermedades Psiquiátricas intercurrentes. Patología dual Síndrome de Ansiedad intenso. Angustia
- Insomnio prolongado.
- Pacientes de otros Centros con múltiple consumo farmacológico
- Enfermedades intercurrentes susceptibles de tratamiento con acupuntura.
- Patología dolorosa relacionada o no con el síndrome de abstinencia  
Patologías secundarias o funcionales objeto de tratamiento posterior:
  - Atonía intestinal. Estreñimiento
  - Amenorreas secundarias de larga evolución.
  - Artralgias residuales: lumbalgias, cervicalgias, astenia y pérdidas ponderales con repercusión clínica.
- Neuropatías
- Tratamiento de regulación en inmunodeficiencias.

El mecanismo de acción de la acupuntura en estos cuadros se explica por la capacidad que tiene la terapia, entre otros mecanismos conocidos y contrastados científicamente, de estimular la secreción de Betaendorfinas a nivel cerebral actuando específicamente en los receptores opiáceos cerebrales, como explican los trabajos del Dr Pomeranz en Canadá en 1979, demostrando que el efecto de la acupuntura se bloquea con el uso de antagonistas opiáceos como la naltrexona.

En la actualidad el tratamiento se ofrece como una alternativa más al proceso de decalaje. Habitualmente se aplica en dosis de Metadona diaria de < de 10 mg/día hasta la total eliminación de la sustancia. También se puede utilizar para la reducción parcial

---

<sup>13</sup> YZUEL SANZ, Manuel: "Tratamiento de acupuntura en el síndrome de abstinencia". Comunicación del I Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre. Vitoria 1994. Libro de Ponencias y comunicaciones. Pags 247-252.

de la dosis, (Ej.: de 60 mg. a 40 mg/día) especialmente en aquellos pacientes que necesitan adaptarse a determinadas presentaciones farmacéuticas de metadona (Solo hay comprimidos de 5, 30 y 40 mgrs.) por el motivo que sea.

El protocolo de tratamiento que se aplica es de 15 sesiones con seguimiento individual del paciente a lo largo de tres meses, con frecuencia variable de la sesiones en función del tiempo de abstinencia. El tratamiento observa todas las recomendaciones de formación necesaria, esterilidad, material desechable y seguridad publicadas por la Organización Mundial de la Salud para la aplicación de la acupuntura.

Los beneficios que podemos enumerar de este método son:

1. No necesita ingreso hospitalario, con lo cual el coste del tratamiento resulta muy bajo y sin gasto farmacológico.
2. En nuestra experiencia, el síndrome de abstinencia de menos de 24 h. puede controlarse entre 3 y 5 días, reduciendo los síntomas a un 15-20% del total, con la ventaja añadida de que el paciente en ningún momento está sometido al estado de obnubilación o letargia que padece con los fármacos.
3. La recuperación física del paciente se manifiesta entre 10-12 días, observándose la recuperación rápida de peso y la normalización de todas las funciones orgánicas, sin medicación.
4. De una manera natural y sin pasar por "nuevas dependencias" se van corrigiendo todos los síntomas secundarios que acompañan al estado de drogodependencia, tales como: Estreñimiento crónico, atonía intestinal, diarreas, anorexia, astenia, falta de reglas en la mujer (amenorrea secundaria), depresión psíquica, ansiedad, labilidad emocional, etc.
5. Destacar como dato muy positivo, el gran beneficio que los pacientes observan en su estado de ansiedad y nerviosismo, obteniendo un estado de relajación y energía desde las primeras sesiones.
6. Valorar el efecto psicológico beneficioso que puede resultar de trabajar con agujas y moxa lo cual permite abundar en la idea de que el problema no está en las agujas (que también sirven para curar) sino en la actitud del individuo ante las mismas.

A modo de resumen destacamos:

- No ingreso hospitalario.
- Menor coste económico. Frente a los métodos de hospitalización y farmacoterapia.
- Recuperación rápida. Poca sintomatología 15-20%. Sin obnubilación ni letargia.
- Recuperación completa de la funcionalidad.

- Sin “nuevas dependencias”. Tratamiento integral
- Estado natural de relajación. Espontaneidad.
- Efecto psicológico positivo de tratamiento con agujas.
- Desintoxicación eficaz.

## Otras Sustancias sustitutivas

**3.1.2 Heroína y Morfina.** Se han utilizado en otros países y está descrito como sustancias sustitutivas, pero en España no se usan habitualmente, salvo dos estudios experimentales que se han venido desarrollando en Andalucía y Cataluña. Por este motivo, aun dejando constancia de sus posibilidades de uso, no las contemplaremos en nuestra descripción.

### **3.1.3 Levacetilmetadol (LAAM)**

Levo –alfa- acetilmetadol (LAAM) es un agonista y un analgésico opiáceo sintético del tipo de la morfina relacionado con la metadona. Ha sido estudiado detalladamente en los años setenta como una alternativa a la metadona. Sus mayores ventajas respecto a la metadona es su vida media más larga, de 48 horas y la oportunidad de mantener intervalos más largos entre las dosis.

Tratamiento de mantenimiento sustitutivo de la adicción a opiáceos en adultos, previamente tratados con metadona. Elevada duración de acción: permite la administración en días alternos. Se autorizó su comercialización, por la EMEA en julio de 1997. Se comercializó en España en 1998, en forma de solución oral.

En diciembre de 2000, la EMEA, recomienda a los prescriptores no iniciar nuevos tratamientos debido a sus efectos secundarios, principalmente descritos como trastornos del ritmo cardiaco. El 19 de abril de 2001 la AEMPS (Agencia Española del Medicamento) suspende la comercialización de LAAM en nuestro país.

## **3.2 Agonistas antagonistas: Buprenorfina**

La Buprenorfina es un agonista parcial  $\mu$  y un antagonista  $\kappa$  que ha sido utilizado en muchos países para controlar el dolor. La Buprenorfina tiene efectos subjetivos como los de la morfina y produce tolerancia cruzada con otros opiáceos. Puede que no siempre sea apropiado tratar a todos los pacientes con el agonista total que es la metadona. La acción de agonista parcial  $\mu$  y antagonista  $\kappa$  parece hacerlo más seguro en caso de sobredosis y con menos posibilidades de ser desviado al mercado negro que los

opiáceos puros. Además potencialmente facilita una fase de abstinencia más fácil. Tenemos conocimiento de experiencias positivas en diferentes lugares (está registrado como tratamiento para la dependencia de opiáceos en Francia y en Portugal bajo el nombre de Subutex) y en conjunto, es probable que encuentre un lugar como una farmacoterapia alternativa en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Recientemente se ha introducido en el mercado un fármaco compuesto por buprenorfina y naloxona bajo el nombre de Suboxone ®. Es el principal fármaco en el uso terapéutico de esta sustancia en la actualidad.

En general podemos describir en la terapia con buprenorfina las siguientes características:

- Produce **menos depresión respiratoria** que los agonistas  $\mu$  totales como la metadona
- **Más seguro** por ser agonista parcial. Efecto techo, por tanto menor riesgo de sobredosificación.
- Produce **menos dependencia**
- Efectos secundarios similares a otros opioides
- **Mejor tolerado.**
- Reduce el craving a heroína
- Efectos menos sedativos.
- Menos deterioro cognitivo
- Reduce los efectos de otros opioides.
- Puede usarse en tratamientos de mantenimiento y desintoxicación

La dosificación de la buprenorfina vía transdérmica se estructuró en el año 2000 (Grünenthal), cuando se comercializó el fármaco Transtec. (Parche de buprenorfina transdérmica).

### **DOSIFICACIÓN PARCHE DE BUPRENORFINA.**

<b>Contenido</b>	<b>Tasa liberación</b>	<b>Dosis diaria</b>
20 mg	35 µgr/h	0.8 mgr
30 mg	52.5 µgr/h	1.2 mgr
40 mg	70 µgr/h	1.6 mgr

Liberación continua durante 72 horas

En la comparación con la metadona podemos destacar:

- Agonista opiáceo que posee la misma efectividad clínica que la metadona cuando se administra a dosis adecuadas (dosis medias- altas)
- La metadona más efectiva en pacientes que requieren dosis más altas.
- Buprenorfina más segura, menos interacciones y mejor tolerada.
- No existen ni criterios clínicos ni epidemiológicos definitivos que indiquen en que casos sería más útil utilizarla en cada opción.
- Mayor seguridad en relación a otros opiáceos en cuanto al riesgo de abuso o sobredosis. Especialmente en ingestas accidentales (niños)
- Menor riesgo de interacciones.

Respecto al perfil de usuarios que podrían beneficiarse del tratamiento con buprenorfina frente al perfil clásico del usuario de metadona:

1. Pacientes consumidores de heroína con:
  - Historia de consumo corta. Pacientes jóvenes < 25 a.
  - Consumo de heroína baja-moderada y/o frecuencia.
  - Perfil moderado de problemas relacionados con el consumo.
2. Pacientes en PMM con evolución buena o media y que desean cambiar de opiáceo:
  - Para continuar en régimen de mantenimiento.
  - Paso previo para la desintoxicación.

3. Como fármaco de desintoxicación de la dependencia de heroína.
4. Pacientes ingresados en C.T. en un entorno controlado y seguro.
- 5.- Estigmatización: Pacientes que rechazan los PMM por considerarlos una adicción más y una situación de marginalidad de la que creen que no van a salir, impidiendo una normalización de su vida personal/familiar.

6.-“Toleran” mal los PMM:

- metabolismo rápido.
- anticuerpos contra la metadona.
- fármacos que inducen su metabolismo

En el manejo práctico de este medicamento vamos a encontrar como con la metadona, 4 fases:

- Inducción
- Estabilización
- Mantenimiento
- Reducción o decalaje bajo supervisión médica

Pueden aparecer síntomas de abstinencia si la terapia con Suboxone® se inicia demasiado pronto tras la última dosis de opioide

Buprenorfina puede desplazar de su receptor a cualquier agonista total

La reducida actividad intrínseca de buprenorfina da lugar a una reducción de la actividad opioide

Los pacientes sufren este fenómeno como un síndrome de abstinencia

Se debe esperar hasta que el paciente presente un síndrome leve o moderado de abstinencia opioide

El efecto agonista parcial de Suboxone® se experimenta como un alivio de la abstinencia, y no como causa de la misma

En el caso de opioides de corta duración como la **heroína**, la primera dosis de Suboxone® debería administrarse **≥6 horas tras la última dosis** del paciente

En el caso de opioides de larga duración, como **metadona**, la primera dosis de Suboxone® debería administrarse **≥24 horas tras la última dosis** del paciente

Se debe dedicar tiempo a educar al paciente sobre cómo debe tomar adecuadamente el comprimido sublingual y cómo comenzar el tratamiento con Suboxone®

**En sentido práctico** y para evitar los molestos síntomas del síndrome de abstinencia tanto de la heroína como de la metadona que deben aparecer, al menos levemente para poder iniciar la terapia con Suboxone, se recomienda el uso de Buprex® 0.2 mg. sublingual a demanda del paciente o bien el uso de un parche de transtec de 20 Mcgrs. Durante 48 horas de abstinencia total de heroína o de metadona en su caso.

### 3.2.1 Dosis inicial. Inducción:

Objetivo: Suprimir de forma segura y lo más rápidamente posible la abstinencia opioide con dosis adecuadas de Suboxone®. De entrada damos un comprimido sublingual de Suboxone 2 mg y a las 4 horas otro. Esta dosificación se puede repetir por la tarde (2 mgrs /4 horas) hasta un máximo de 8 mgrs. el primer día.

**Estabilización.** La dosis máxima de mantenimiento de suboxone por día es de 24 mgrs. Debe inducirse rápidamente la dosis de mantenimiento con supervisión médica frecuente los primeros días, incluso diaria con valoración de la respuesta clínica y ajuste adecuado de la dosis de mantenimiento.

En el caso de que la inducción sea por cambio desde la metadona

Reducción de metadona hasta 30 mg/día antes de comenzar con Suboxone.

La primera dosis de Suboxone®1 deberá administrarse cuando aparezcan los signos de abstinencia, pero no antes de 24 horas tras el último consumo.

Tratamiento de cualquier síntoma de abstinencia con medicación no opiode

Clonidina, loperamida, tratamiento del sueño, AINEs, etc.

### 3.2.2 Mantenimiento

El objetivo es conseguir la dosis adecuada, ajustada a cada paciente para que el paciente no sienta síntomas de abstinencia y está clínicamente estable para poder cumplir su compromiso de abstinencia

- Ajustar la dosis progresivamente según el estado clínico/psicológico del paciente
- Cuantificación en incrementos de 2 a 8 mg
- Dosis única máxima diaria de 24 mg

El mecanismo farmacológico de la buprenorfina nos permite distanciar las tomas, que por tanto, no serán necesariamente diarias:

Suboxone® puede dispensarse cada dos días al doble de la dosis diaria pautada

A un paciente estabilizado con 8 mg/día se le puede dispensar 16 mg cada dos días

No debe llegarse a >24 mg/día

Suboxone® puede dispensarse tres veces por semana duplicando la dosis el lunes y el miércoles y triplicándola el viernes

A los pacientes estabilizados con 8 mg/día se les puede administrar 16 mg cada dos días y 24 mg/día el viernes

No debe llegarse a >24 mg/día

Puede que para los pacientes que reciben  $>8$  mg/día éste no sea un régimen adecuado

Con estos esquemas de dosificación la eficacia se mantiene estable y eficaz.

**En términos prácticos** y en nuestra experiencia la dosis media de mantenimiento suele ser de 4 mgrs/día.

**La reducción o decalaje se hará siempre que cumpla los criterios descritos para el caso de decalaje de la metadona**, con reducción progresiva de la dosis diaria hasta una dosis final de 2 mgrs /día, pasándose entonces a tomas a días alternos y paulatinamente 3, 2 y una vez por semana hasta su completa eliminación.

### 3.3 Tratamiento con Antagonistas Opiáceos.

Hablamos de esta tercera vía en el abordamiento de un tratamiento de mantenimiento en usuarios de opiáceos. En algunos casos el paciente tras la desintoxicación inicial de opiáceos (que describiremos en el apartado siguiente) no desea seguir con ningún método sustitutivo de agonistas totales (metadona) o parciales (Buprenorfina) de opioides como hemos descrito. Es entonces cuando, para garantizar una cierta protección frente al altísimo riesgo de nuevos consumos y conductas de recaída se ofrece, sin ser nunca la más aconsejable, esta tercera vía de antagonistas opiáceos.

En cualquier caso, no tiene porque ser una vía descartable, dado que también es compatible con un proceso terapéutico psico educativo que nos permita incidir sobre cambios en estilos de vida y trabajar la educación en hábitos saludables y un mayor compromiso del paciente con su salud libre de drogas.

Los antagonistas opiáceos ocupan los receptores cerebrales específicos de los opiáceos pero sin activarlos, impidiendo además la unión y por tanto el efecto de refuerzo de los agonistas en caso de nuevos consumos, reduciendo así el riesgo de que consumos aislados conlleven volver a pautas previas de consumo.

### Objetivos:

- evitar el refuerzo provocado por consumos aislados, que podría llevar a un consumo continuado
- ayudar al paciente a superar las dificultades iniciales del cese de consumo
- proporcionar un tratamiento médico seguro, con larga duración de los efectos antagonistas, activo por vía oral y con nulo potencial de abuso
- favorecer mientras tanto la educación para la salud y prevención de recaídas

El tratamiento con antagonistas opiáceos está especialmente **indicado** en:

- pacientes que aún no tienen dependencia a los opiáceos o con poco tiempo de adicción
- pacientes provenientes de programas de mantenimiento con metadona con buena respuesta y larga evolución, como paso previo a un programa libre de fármacos
- pacientes que tras un largo período de abstinencia sin tratamiento farmacológico sufren una recaída puntual
- pacientes con alto riesgo de consumo que no aceptan un tratamiento de mantenimiento con metadona.

### La Naltrexona:

Presentación: **Revia**, Antaxone, Celupán. Comprimidos y cápsulas, 25 y 50 mg.

Posología: **1 comp. / 24 horas** (también 2 comp. lunes y miércoles, 3 comp. viernes)

Efectos secundarios: náuseas, cefalea, mareo, nerviosismo, fatiga, vómitos, dolor abdominal, dolor articular o muscular, erupciones cutáneas, alteraciones sexuales. En algunos pacientes pueden elevarse las transaminasas, debiendo suspenderse el tratamiento si su valor se triplica.

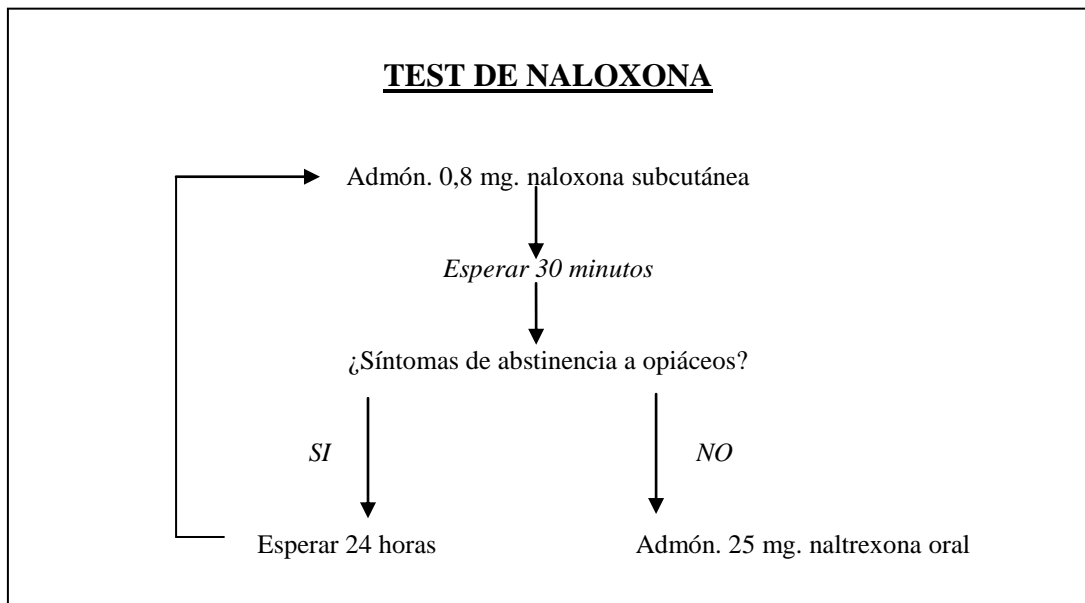
Contraindicaciones: insuficiencia hepática, hepatitis aguda severa, consumo de fármacos opiáceos o dependencia actual a opiáceos.

### Procedimiento:

Es importante recordar que si un paciente que está consumiendo opiáceos toma naltrexona se desencadenará un **síndrome de abstinencia brusco**. Por ello, antes de comenzar un tratamiento con naltrexona el paciente debe estar un período libre de

consumo de sustancias opiáceas (5 días para el dextropropoxifeno, 5-7 días para la heroína y 7-10 días para la metadona). Para asegurar que no se provocará abstinencia, previamente al tratamiento se realiza el **test de naloxona** que se describe en el cuadro a pie de página. A partir del segundo día se administran **50 mg./día de naltrexona**, aunque en caso de efectos secundarios intensos puede reducirse a 25 mg./día. Cuando el paciente se encuentra más estabilizado y concienciado, puede optarse por la administración de 100 mg. los lunes y miércoles y 150 mg. los viernes.

De forma contraria, un paciente que toma naltrexona no podrá beneficiarse de los efectos terapéuticos de fármacos opiáceos. Además, en caso de consumo de opiáceos ilegales no obtendrá los efectos reforzantes de éstos, y debe explicarse al paciente claramente que el intento de anular este bloqueo mediante dosis altas de opiáceos puede desencadenar una intoxicación opiácea aguda probablemente letal.



### Desintoxicación de Opiáceos

La mayoría de los pacientes que consumen opiáceos son tributarios de comenzar un programa de mantenimiento con metadona u otro sustitutivo. Si la evolución es satisfactoria y se mantienen abstinentes de forma estable en el tiempo tras realizar

cambios en su entorno y en sus estrategias de afrontamiento, puede plantearse la supresión de la misma, aunque éste no es el objetivo principal del tratamiento. Generalmente se requiere un largo período de tratamiento previo con agonistas, y en la práctica el número de pacientes que realizan supresión de metadona es mínimo.

Existe una cantidad anecdótica de pacientes consumidores de opiáceos que desean abandonar el consumo pero no quieren realizar un tratamiento de mantenimiento previo con agonistas. Para este perfil de pacientes surge el programa de desintoxicación con agonistas opiáceos.

La desintoxicación consiste en la sustitución de un opioide de vida media corta (heroína principalmente) por otro de vida media larga (metadona principalmente, aunque también es posible utilizar dextropropoxifeno o buprenorfina) por vía oral y en dosis progresivamente descendente hasta su completa eliminación.

Tras la desintoxicación el paciente queda expuesto enormemente a nuevos consumos, ya que no ha realizado ningún otro cambio en su ambiente social ni en sus estrategias de afrontamiento. La vulnerabilidad a recaídas puede persistir durante meses o años. Por ello es preferible que el paciente pase posteriormente a un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos (naltrexona).

### Objetivos:

La desintoxicación de opiáceos es un proceso relativamente rápido, que busca:

- liberar al organismo de la dependencia física asociada al consumo
- disminuir las molestias típicas de la abstinencia
- proporcionar un tratamiento médico seguro
- ayudar al paciente a superar las dificultades iniciales del cese de consumo
- proporcionar una situación que permita un posterior compromiso más amplio del paciente con el equipo y aceptar la iniciación de un proceso terapéutico.
- detectar y tratar cualquier problema médico concomitante
- favorecer la educación para la salud y prevención de recaídas.

### Procedimiento:

Tras la derivación/acogida, el paciente realiza la primera visita con el médico. Si se confirma el diagnóstico de dependencia de opiáceos (criterios diagnósticos médicos y analíticos), debe ofrecerse siempre como primera opción la inclusión en el PMM. En caso de que el paciente reiteradamente se niegue a entrar en el PMM se optará como

opción de segunda línea por incluirlo en el programa de desintoxicación con agonistas opiáceos, con el consentimiento mutuo de paciente y terapeuta y tras firmar ambos el **contrato terapéutico del Centro**. Se inicia el tratamiento médico propuesto y se hace seguimiento por parte del terapeuta con analíticas de orina regladas.

En términos médicos el alta médica depende de criterios individualizados para cada paciente y según los objetivos pactados al inicio del tratamiento, pero un criterio habitual es el de estar abstinentes y no presentar deseo de consumo. Dado que el tiempo de tratamiento es demasiado corto como para haber adquirido las habilidades suficientes para evitar situaciones de riesgo y retomar una actividad social y personal plena y normalizada, es preferible ofrecer al paciente la posibilidad de continuar tras el alta en un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos y seguimiento psicoeducativo personalizado en el proceso terapéutico que está protocolizado en nuestro centro y que ya se describió en el apartado inicial definido como “Proceso terapéutico de Ulises”.

Son precisas varias semanas de consumo regular de opioides para que la supresión brusca o reducción significativa de la dosis consumida provoque clínica abstinencial relevante.

La aparición y duración de clínica abstinencial dependerá de la vida media de la sustancia consumida. Cuanto antes aparezca más intensa será la clínica y de menor duración.

La clínica abstinencial de heroína aparece a las 8 horas, la metadona a las 48 horas y la buprenorfina a las 2 semanas. Podemos describir hasta 4 grados de intensidad en la clínica de la abstinencia en función del tiempo transcurrido desde el último consumo.

## CLÍNICA DE ABSTINENCIA DE HEROÍNA

<b>Grado I ( 8 horas)</b>	<b>Grado II (12-18 horas)</b>	<b>Grado III (18-24 horas)</b>	<b>Grado IV (24-36 horas)</b>
Ansiedad Bostezos Lagrimeo Rinorrea Sudoración	Midriasis Temblor Piloerección Mialgias Escalofríos	Insomnio Hipertensión Taquicardia Taquipnea Hipertermia Náuseas	Vómitos Diarrea Fiebre Leucocitosis Calambres Deshidratación

El grado de abstinencia depende de factores objetivos (consumo matutino, dosis elevadas, dosis frecuentes, vida media corta) y subjetivos (expectativas del paciente acerca de la abstinencia, personalidad previa).

Existen diversas escalas para valorar la gravedad de la clínica abstinencial, como la OWS (opiate withdrawal scale) y la SOWS ( short opiate withdrawal scale). Esta última es una versión corta de la anterior, con 10 ítems que se puntúan de 0 a 3 según la intensidad sintomática. No existen puntos de corte definidos, interpretando mayor gravedad abstinencial como mayor puntuación en la escala que se describe a continuación:

	Ausente	Leve	Moderado	Grave
1. Sentirse mal	0	1	2	3
2. Retortijones gástricos	0	1	2	3
3. Espasmos musculares o sacudidas	0	1	2	3
4. Sentir frialdad	0	1	2	3
5. Sentir el latido cardíaco	0	1	2	3
6. Tensión muscular	0	1	2	3
7. Dolores	0	1	2	3
8. Bostezos	0	1	2	3
9. Moqueo/ lagrimeo	0	1	2	3
10. Insomnio/ Problemas para dormir	0	1	2	3
TOTAL =				

### Tratamiento:

Existen distintas pautas de desintoxicación: clásicas, cortas y ultracortas. Las pautas clásicas duran 15-21 días y se basan en la utilización, de forma independiente o combinada, de agonistas opiáceos (metadona principalmente, aunque también

dextropropoxifeno o buprenorfina), agonistas alfa-adrenérgicos y tratamiento sintomático. Las pautas cortas duran 4-5 días y se suele utilizar agonistas alfa-adrenérgicos y naltrexona. Las pautas ultracortas duran 24 horas y se realizan en UCI bajo sedación profunda. Estas no las describimos por aplicarse fuera de nuestro marco de actuación.

En nuestro centro se utilizan las **pautas clásicas** de desintoxicación, que son las que describiremos a continuación.

La desintoxicación se realiza de forma **ambulatoria**. Puede ser conveniente valorar el **ingreso hospitalario** en casos de alto riesgo:

- no existe ningún familiar o persona de referencia que supervise el tratamiento
- grave problemática sociofamiliar
- patología psiquiátrica u orgánica de alto riesgo asociada
- riesgo de desvío del tratamiento al mercado ilegal
- múltiples fracasos en intentos previos de desintoxicación

Pautas clásicas:

### 1. Agonistas opiáceos.

Dependiendo de la dosis consumida se calcula la equivalencia a mg. de **metadona** según las tablas de conversión expuestas previamente, teniendo en cuenta que la heroína suele tener una pureza del 5-10% y que además existen variaciones interindividuales en cantidad de metadona necesaria para evitar clínica abstinencial. Suele ser habitual comenzar con dosis entre **30-45 mg.** de metadona.

Se inicia el tratamiento, preferiblemente en 2-3 tomas diarias, y tras 3 días de estabilización se comienza una pauta descendente progresiva de 5 mg/día hasta llegar a una dosis de 15 mg/día, pasando entonces a una reducción de 2,5 mg. /día hasta su supresión. (Tabla 1)

Cuando la dosis de metadona se reduce aproximadamente por debajo de 15 mg. /día es frecuente que la clínica abstinencial sea más intensa, por lo que entonces puede **asociarse clonidina** para disminuir los síntomas.

La utilización de **pautas combinadas de metadona y clonidina** desde el inicio de la desintoxicación puede acortar el tiempo de desintoxicación al minimizar la abstinencia y permitir tanto una dosis inicial más baja de metadona como una posterior reducción más rápida.

También puede utilizarse el **dextropropoxifeno** (deprancol comp. 150 mg) en pacientes con un máximo de consumo de 0,5 gr. de heroína/día. Permite una desintoxicación más rápida y puede realizarse de forma ambulatoria fácilmente. Se utiliza un máximo de 1500 mg./día de dextropropoxifeno, para evitar el riesgo de aparición de convulsiones o alucinaciones, reduciendo progresivamente la dosis hasta su completa supresión. (Tabla 1)

## 2. Agonistas alfa-adrenérgicos.

Son capaces de disminuir parte de la clínica abstinencial mediante el bloqueo de la hiperactividad noradrenérgica: náuseas, lagrimeo, rinorrea, diarrea, sudoración, dolor abdominal, escalofríos, calambres. No actúan sobre el craving, la irritabilidad, la ansiedad, el insomnio la inquietud ni las mialgias. No acortan la duración de la abstinencia. Es frecuente que provoquen hipotensión intensa, mareo, bradicardia, sedación diurna e insomnio. Están contraindicados en embarazo, antecedentes de psicosis, arritmias o utilización de antidepresivos tricíclicos en las tres semanas previas.

Se utiliza la **clonidina** (catapresan comp. 0,15 mg), en tres tomas diarias a dosis de entre 0,9-1,35 mg. /día (correspondiente a 2 comp. /8 horas- 3 comp./8 horas). El primer día se da una dosis menor a la de estabilización, y tras dos días de estabilización se disminuye 1 comprimido por día hasta su total supresión. (Tabla 1)

## 3. Tratamiento sintomático.

- Náuseas y vómitos: ondansetrón 4 mg. /8 horas, metoclopramida (primperán) 10 mg./8 horas.
- Diarrea: loperamida (fortasec) 2-4 mg./8 horas.
- Dolor o fiebre: paracetamol 1gr. /8 horas.
  - Ansiedad y molestias musculares: diazepam 5-10 mg./8 horas, clonazepam 0,5-2 mg./8 horas.

TABLA 1

<b>Día</b>	<b>Metadona (mg.)</b>			<b>Clonidina (mg.)</b>			<b>Deprancol (comp.)</b>		
	8h	16h	24h	8h	16h	24h	8h	16h	24h
<b>1</b>	10	10	10	0,30	0,30	0,30	2	1	2
<b>2</b>	10	10	10	0,30	0,30	0,30	2	2	2
<b>3</b>	10	10	10	0,30	0,30	0,30	2	2	3
<b>4</b>	10	5	10	0,30	0,15	0,30	2	2	3
<b>5</b>	5	5	10	0,15	0,15	0,30	2	2	3
<b>6</b>	5	5	5	0,15	0,15	0,15	2	2	2
<b>7</b>	5	0	5	0,15	0,07	0,15	2	1	2
<b>8</b>	2,5	0	5	0,07	0,07	0,15	1	1	2
<b>9</b>	2,5	0	2,5	0,07	0,07	0,15	1	1	1
<b>10</b>	0	0	2,5	0,07	0	0,07	1	0	1
<b>11</b>	0	0	0	0	0	0,07	0	0	1
<b>12</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## ANEXO 1. Contrato terapéutico.



**CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA**

### CONTRATO TERAPEUTICO

#### **Programa de Mantenimiento con Metadona ULISES**

D/Dña: \_\_\_\_\_

Con DNI: \_\_\_\_\_  
Nº S.S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_\_

Accede voluntariamente y suficientemente informado de las condiciones terapéuticas al programa Ulises, mantenimiento con derivados de opiáceos, dependiente de la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza.

Se compromete a realizarse el estudio médico, psicológico y social necesario para su adecuado tratamiento y seguimiento, aportando los documentos que sean precisos. Así mismo autoriza a la recogida de datos personales que sean necesarios.

El usuario informará convenientemente de cualquier tratamiento que realice, aportando informes cuando se demanden. El programa "Ulises" sólo se responsabilizará de los tratamientos prescritos por él.

En caso de embarazo lo comunicará al equipo para que se pueda informar de los riesgos que comporta el tratamiento con derivados opiáceos.

Se compromete a mantener la abstinencia en el consumo de drogas.

Se compromete a acudir y colaborar en las actividades que se incluyan en su proceso personal ( actividades, entrevistas de valoración o seguimiento, controles analíticos....)

El uso de la violencia (física o verbal) será motivo de exclusión del programa.

El incumpliendo de los compromisos anteriormente citados podrá valorarse por parte del equipo de tratamiento para realizar una derivación a otros recursos donde se le siga atendiendo.

En Zaragoza a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firmas:

Usuario

Familia

Equipo C.T.A.

En cumplimiento de la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA tiene la obligación de informarle de lo siguiente:

- ❶ Sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero automatizado denominado Personal de CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA, responsable de la información que usted nos aporta voluntariamente
- ❷ Sus datos se utilizan para buena conclusión de lo establecido en su contrato laboral, así como para la gestión de recursos humanos del centro, lo cual no se podrá llevar a cabo sin la existencia de este fichero
- ❸ Los datos se utilizaran para la gestión de recursos humanos del Centro lo cual no se podrá llevar a cabo si no facilita la información.
- ❹ Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación que la Ley le otorga puede ejercerlos mediante escrito a la siguiente dirección CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA, calle Manuela Sancho 3-9, 50002 - ZARAGOZA

Manuela Sancho 3-9 Tfno. 976 200216 – Fax. 976 200218 – 50002 - Zaragoza

## ANEXO 2. Documento de derivación externa.



### **CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA**

PROYECTO HOMBRE • PLAN PREVENCIÓN • PROGRAMA ULISES • TARABIDAN  
• ALTAIR • ALDABA

Comunicado sobre

D<sup>a</sup>/D.            D.N. I.

Dicho paciente se encuentra incluido en tratamiento en Programa de Mantenimiento con Metadona desde el

En la actualidad se le administra **una dosis diaria de Metadona de**            mg.,  
en solución acuosa al 5% vía oral en monodosis.

Con una **pauta de recogida:** diario

*Otro tipo de Medicación:*

OBSERVACIONES: ..

**Fecha de inicio de la derivación:**

**Final de derivación:** otros

En caso de necesitar más información quedamos a su disposición en el teléfono indicado.

Zaragoza a **martes 13 de julio de 2010**

***Horario de atención: de lunes a viernes de 8:30 a 13:30. Martes y jueves también de 16:30 a 18:30. El servicio permanecerá cerrado desde el viernes hasta el lunes.***

Manuela Sancho 3-9 Tfno. 976 204262 – Fax. 976 200218 – 50002 - ZARAGOZA

**ANEXO 3 Certificado médico de Tratamiento con metadona para viajes.**

D. ....Varón de XX años (XX/XX/XX).con pasaporte nº.....sigue un tratamiento en nuestro *Centro de Solidaridad de Zaragoza* (España) de su conducta adictiva. Esta en tratamiento sustitutivo continuado con metadona de ...mgrs diarios. Necesita viajar con su medicación en condiciones de frío para su correcta conservación.

Mr/Ms. ...., (FEMALE/MALE ) is XX years old (XX/XX/XX), with passport nº ....., is following a treatment for addictive behaviour at our center, *Centro de Solidaridad de Zaragoza* (Spain). She/He is under continuous treatment of Methadone.....mgrs. daily. She/he needs to travel with her/his medication under permanent cool conditions for proper conservation.

Zaragoza a . de ..... de 2010.  
Manuel Ignacio Yzuel Sanz (M.D.)  
Colegiado nº 5010355  
Médico titular del Centro de Solidaridad de Zaragoza

## Bibliografía

1. - American Psychiatric Association. **DSM-IV-TR** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona Masson 2002.
2. - Comisión clínica de la delegación del gobierno para PNSD. **“Informes de la comisión Clínica sobre Heroína”** Editado por el Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y política Social. Madrid 2009.
3. - Fernández Miranda J.J. et all. **Guía clínica de opiáceos**. Sociedad Científica Socidrogalcohol. Valencia 2008.
4. - González Allepuz J. **“Los tratamientos sustitutivos de opiáceos hoy”** Aportaciones a la mesa redonda sobre “Tratamientos sustitutivos en usuarios de opiáceos” Jornadas del XXV aniversario de Proyecto Hombre en Zaragoza. Hospital Miguel Servet. Zaragoza 2010.
5. - Grupo de Trabajo del gobierno de Aragón. **Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas**. 2005-2008. Zaragoza Sender Ediciones 2008.
6. - Gurrea Escajedo A. **Propuesta de protocolo de Unidad de atención y seguimiento de adicciones (UASA)**. Grupo de trabajo del Gobierno de Aragón. Zaragoza. 2009
7. - Múltiples autores. **“Manual de adicciones para médicos especialistas en formación”**. Editor: Pereiro Gómez C. Sociedad científica Socidrogalcohol con la colaboración del PNSD.. Valencia. 2010.
8. - Múltiples autores. **“Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con Buprenorfina/ Naloxona”**. Ed. Socidrogalcohol. Valencia 2010.
9. - Ortega Artigas J. **“Onada”**. Documento técnico de integración social de usuarios del Centro de Solidaridad de Zaragoza. [http://fundacioncsz.org/descargas/ES/ONADA\[1\]1.pdf](http://fundacioncsz.org/descargas/ES/ONADA[1]1.pdf)
10. - Pomeranz B. and Stux G. **“Fundamentos de Acupuntura”** Ed. Springer. Barcelona 2000.
11. - Verster A. y Buning E. **“ Guia clinica sobre Metadona”**  
H:\Guias clínicas\guidelinesspa.html



## **II Parte**

# **EVALUACIÓN PROGRAMA ULISES**

**Yolanda Nieves Martín**

**Violeta Castaño Ruiz**

Fundación Atenea Departamento de Investigación y Evaluación

## PARTE II

### Evaluación Programa ULISES. Yolanda Nieves Martín. Violeta Castaño Ruiz.

1.- Introducción .....	55
2.- Metodología.....	56
3.- Evolución del programa Ulises.....	59
4.- Pertinencia del programa Ulises .....	65
5.- Perfil actual de las personas usuarias .....	67
Evolución del perfil de los usuarios.....	70
Patología dual .....	71
6.- Proceso .....	72
Itinerario.....	74
Criterios de admisión .....	74
Criterios de exclusión .....	74
Coordinación interna .....	76
Derivaciones .....	76
Papel de la familia .....	78
7.- Resultados .....	80
Retención de usuarios .....	80
Mejora de la calidad de vida de los usuarios.....	83
Disminución de rasgos asociados .....	90
Acompañamiento .....	92
8.- Satisfacción .....	94
Satisfacción de los usuarios del programa .....	96
Satisfacción de entidades y recursos vinculados al programa .....	106
Satisfacción de los profesionales del programa .....	108
9.- Sostenibilidad .....	113
10.- Eficiencia .....	117
11.- Impacto .....	119
12.- Conclusiones .....	121
13.- Recomendaciones .....	124
14.- Anexos .....	127
Análisis descriptivo Cuestionario Satisfacción .....	128
Análisis descriptivo sobre vaciado de expedientes .....	139

## **INTRODUCCIÓN**

Desde 1998 la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza dirige el Programa Ulises, centrado en el mantenimiento con Metadona de personas drogodependientes. En la actualidad, los programas con metadona quedan integrados dentro de los llamados de reducción de riesgos y daños. Es a partir de la década de los 80 cuando el planteamiento de intervención/atención con personas drogodependientes se reformula, un modelo que hasta el momento había estado orientado por un enfoque médico/sanitarista y jurídico, cuyo objetivo básico era la abstinencia del paciente. Los escasos logros conseguidos con determinada población drogodependiente, por los programas “libres de drogas” o también llamados de “tolerancia cero”, empujó a cuestionar el modelo de intervención usado hasta el momento.

Los programas de reducción de riesgos y daños conciben al drogodependiente como un individuo activo y responsable de sí mismo, que en ocasiones no abandona el consumo por completo y, por tanto, la solución no está en la abstinencia total. Con este escenario, los programas de reducción de riesgos y daños tienen como objetivo reducir la mortalidad y la morbilidad de las personas drogodependientes, prevenir las enfermedades infectocontagiosas, mejorar la calidad de vida e incrementar la accesibilidad y el contacto entre las redes asistenciales y los drogodependientes.

Tras 10 años de trabajo continuo, el Programa Ulises ha estado tratando a personas con problemas de drogodependencias a través del suministro de metadona y trabajando por la reinserción social del individuo. Tras este periodo de tiempo, se ha considerado oportuno realizar un análisis sobre la vida del programa que permita reflexionar acerca de las posibles mejoras de cara a su desarrollo futuro.

La presente evaluación tiene un eminente carácter práctico y responde a la apuesta por la transparencia y la calidad realizada por el Centro de Solidaridad de Zaragoza.

## **METODOLOGÍA**

Para llevar a cabo la evaluación del Programa Ulises, hemos optado por un diseño ad-hoc favorable a la triangulación, donde volcar información tanto previa como actual, cuantitativa como cualitativa.

De manera más detallada podemos concretar que, con el fin de recoger la información necesaria para elaborar esta evaluación, se han utilizado las siguientes técnicas de recogida de datos:

Revisión bibliográfica de los materiales relacionados con el programa Ulises (programas, memorias...etc.)

Vaciado de expedientes: Recogida de información sobre los participantes en el programa Ulises a fecha de diciembre de 2008 (218 personas), a través de la revisión de sus expedientes. La información extraída de los expedientes se volcó en una base diseñada ex profeso. Esta información se completó con el análisis de las bases informáticas del programa Ulises para el seguimiento de las personas usuarias.

Cuestionarios: Se aplicó un cuestionario de satisfacción para personas usuarias de programas de mantenimiento con metadona en centros ambulatorios. Se completaron un total de 60 cuestionarios, que fueron cumplimentados por personas usuarias del programa Ulises en el momento actual, tanto en comunidad terapéutica como en el centro. El criterio de selección para cumplimentar la encuesta fue mantener la proporción respecto al sexo del total de personas usuarias. Los cuestionarios fueron facilitados a las personas usuarias por una persona colaboradora del centro no vinculada directamente al tratamiento ni a la dispensación para evitar posibles sesgos.

La explotación descriptiva completa de esta encuesta así como sus características técnicas se adjuntan en los anexos, habiéndose incorporado la información pertinente en el grueso del informe.

Entrevistas en profundidad: Se llevaron a cabo un total de quince entrevistas tanto a profesional técnico, como a personas usuarias, ex usuarias y representantes de instituciones relacionadas con el programa.

Se realizaron ocho entrevistas en profundidad tanto al personal técnico del programa, como al personal de los otros programas del Centro de Tratamiento de las Adicciones (CTA), así como al director del centro y al responsable financiero del CSZ, con el fin de obtener información de primera mano no sólo del funcionamiento actual del programa Ulises sino también de su evolución.

Por otra parte, se realizaron tres entrevistas en profundidad a entidades relacionadas con el CSZ en cuanto a la derivación de personas usuarias:

- Cruz Roja
- Hospital Clínico Lozano Blesa
- Servicio Público de metadona

Estas entrevistas permitieron conocer la valoración y la relación del programa Ulises con otros servicios de metadona, así como los procesos de derivación de usuarios.

También se mantuvieron entrevistas con personas usuarias del programa Ulises, tanto de CTA como de las personas residentes en la Comunidad Terapéutica.

Grupos de discusión: Se celebraron dos grupos de discusión. Uno de ellos con entidades vinculadas al CSZ por la derivación de usuarios, y otro con familias.

El grupo de familias contó con 8 personas, padres y madres de usuarios y usuarias y en un caso, un hermano de un usuario.

El grupo de entidades vinculadas con el programa Ulises, se realizó contando con la presencia de 6 representantes de las siguientes entidades:

- Instituciones Penitenciarias
- Centro de Inserción Social de Cáritas
- Comité Anti-Sida (dos personas)
- El Refugio

- Fundación Piso

El trabajo de campo se realizó entre los meses de octubre y diciembre del 2008, por las técnicas del departamento de investigación y evaluación de la Fundación Atenea, Yolanda Nieves Martín y Violeta Castaño Ruiz.

## **EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA ULISES:**

Anteriormente a 1998 el tratamiento para la deshabituación de la heroína en el CSZ se realizaba exclusivamente dentro del Programa Libre de Drogas Proyecto Hombre, sin utilización de sustitutivos como la metadona. Según las familias, el tratamiento era muy distinto y la familia asumía más responsabilidad en el proceso, ya que debían mantener a sus familiares con problemas de adicción en el hogar por indicación del centro, bajo **vigilancia**, superando el síndrome de abstinencia. La asistencia a la comunidad terapéutica se producía en algunos casos, y tras haber pasado varios meses en el hogar bajo supervisión de la familia. En un principio las personas usuarias de la comunidad terapéutica no podían acceder a este tratamiento residencial si estaban tomando metadona.

Durante 1997 desde el Centro de Solidaridad de Zaragoza se comienza a valorar la posibilidad de colaborar de algún modo con las personas que acudían a tratamiento de metadona en la Unidad Provincial de Zaragoza. Esta intención viene provocada por la reformulación que en la década de los 80 experimentan los planteamientos existentes sobre la atención e intervención con personas drogodependientes. Finalmente, en 1998, la Diputación General de Aragón propuso al CSZ la colaboración en la dispensación de metadona con el objeto de aumentar las posibilidades de tratamiento de las personas consumidoras de opiáceos.

En 1998 se pone en marcha el Programa Ulises de mantenimiento con metadona enfocado a la reducción de riesgos y daños. Este paso provocó un importante debate entre los propios profesionales, los/as usuarios/as y las familias.

“Nosotros fuimos el primer centro aquí en Aragón que incluimos a pacientes con metadona en la Comunidad Terapéutica. Te estoy hablando del año 98. Y yo creo que muchísimas personas, si no hubiese sido por la metadona, no hubieran podido aguantar en la Comunidad, porque no hubiesen podido asumir la intensidad y la presión de una Comunidad Terapéutica” [profesional]

“En nuestra Comunidad hay gente que está tomando metadona, y así por lo menos nos aseguramos de que la toma. Es un complemento más del tratamiento que hacen en la Comunidad” [profesional]

“Yo creo que entre la población surge la extrañeza porque al principio era un programa libre de drogas y de pronto hay gente tomando metadona. Y también es de extrañeza entre los compañeros... yo creo que nos ha servido para darnos cuenta de que contamos con instrumentos – como la metadona- que para algunas personas son útiles [profesional]

“al principio estaba el miedo ese de que si la metadona era aún peor...” [profesional]

Aunque la mayoría coincide en que hoy por hoy es la mejor solución que puede existir en este momento para los adictos a la heroína que quieren dejar de consumir esta sustancia, pero no participar en un programa libre de drogas.

“Como solución diría que es un mal menor” [entidad vinculada]

“La metadona les beneficia a los usuarios, aunque no se profundiza en la concepción patológica del problema, en lo que es el hábito de esa toxicidad” [entidad vinculada]

La introducción de la metadona y la reducción del daño transformó el nivel de exigencia del CSZ y el programa Ulises comenzó a admitir diferentes perfiles, adecuando también ese nivel de exigencia a los mismos. Señalar el papel pionero del programa en la introducción de personas en tratamiento con metadona dentro de la comunidad terapéutica, como opción terapéutica, impulsado desde el programa que junto a la propia puesta en marcha de Ulises propició amplio debate estableciéndose las bases teóricas del CSZ actuales.

Si bien en sus orígenes el programa tenía un alto nivel de rigurosidad para las familias y algunos problemas de accesibilidad en el ingreso.

“solicitamos la metadona y tardaron un año en dársela ... tardaban mucho, ahora ha cambiado la cosa ...”[familiar]

“eran exigentes como no te puedes imaginar” [familiar]

“era duro, y además no entendías nada” [familiar]

Otro cambio propiciado por el debate interno, que también afectó al espacio físico del programa, se refiere a que, anteriormente, el programa Ulises planteaba el acceso al centro de los usuarios de metadona por una puerta en la zona trasera de la finca donde está ubicado, lo que implicaba que todo el tratamiento y dispensación de metadona se ofrecía en un lugar diferenciado al del resto de las personas usuarias que acudían al centro de tratamiento ambulatorio, donde se localizan programas como el Altair de cocaína o grupos de tratamiento para alcoholismo. Los requisitos exigidos en la época, por la administración, a un centro de estas características (cristales de seguridad, ventanilla de dispensación) unidos a la incertidumbre sobre el comportamiento de la población usuaria hicieron que este acceso diferencial se estableciera. Además también se vio importante el proteger la intimidad de los usuarios del propio programa “Ulises” (chicos que venían esposados desde comisaría,...) Alrededor del año 2002 esa puerta se cerró y las personas usuarias del programa de metadona empezaron a acceder al centro por la misma puerta que el resto de las personas que acudían a tratamiento por su adicción a otras sustancias.

“¿Y por qué los de metadona van a entrar por una puerta distinta? ¿es que los de cocaína son más guapos...? La problemática o la realidad que pueden tener es muy semejante ...” [profesional]

“Por supuesto no hay una equiparación: “yo no soy un yonki como ese”, va a pensar un cocainómano. Pero en el fondo se ha estado drogando igual” [profesional]

Para los usuarios del programa Ulises, este cambio, y el hecho de acceder al centro por la misma puerta que todos los demás, ha significado una equiparación de su problemática con la de las otras personas usuarias.

“A mí no me parece que tenga que haber dos puertas, porque es como si hubiese usuarios de primera y de segunda ... Además para nosotros es más operativo que haya una puerta” [profesional]

A finales del año 2007 se hicieron obras para mejorar el centro y se volvió a plantear la cuestión de la puerta específica para usuarios de metadona, pero se decidió seguir apostando por la puerta única.

Uno de los cambios fundamentales que ha experimentado el programa desde su puesta en marcha es la reducción drástica de las actividades del mismo. Si bien en su programa original se contemplaban actividades lúdicas, grupos de autoayuda, seminarios informativos y educativos, seminarios de habilidades sociales y formación en educación cívica e inserción laboral, actualmente no se desarrolla ninguna de estas actividades. Aunque más adelante se abordarán con detenimiento las actividades actuales, en general se han abandonado las actividades complementarias a la dispensación, como señala el personal técnico del programa Ulises. Se relata que estas actividades dejaron de realizarse dada la escasa acogida que tenían entre los usuarios, especialmente por el perfil de estas personas, poco acostumbradas a seguir una disciplina de horarios y responsabilidades. En la memoria del programa de 1999 se indica que talleres como el de relajación tenían una media de asistentes de 3 personas por sesión, o el grupo de prevención de recaídas contaba con una media de 3 personas. De esta forma, el que estos grupos se cerraran, según el personal del programa, no es responsabilidad del centro ni del programa, sino resultado de las propias características intrínsecas de los usuarios, aunque en algún momento dudan sobre si podían haber puesto más de su parte para motivar a estas personas en su participación en estas actividades complementarias.

“Se empezaron a hacer intervenciones en grupos... terapia de grupo, pero o no acudían, o quedaban entre ellos para ir a trapichear o consumir juntos ... entonces, después de esta experiencia, que no fue grata, se dejaron los grupos y se comenzó a intervenir de manera más individual” [profesional]

“...Ideas hubo y propuestas metodológicas también en un segundo momento y la respuesta fue que la realidad era otra. Era más una apuesta de los profesionales por la

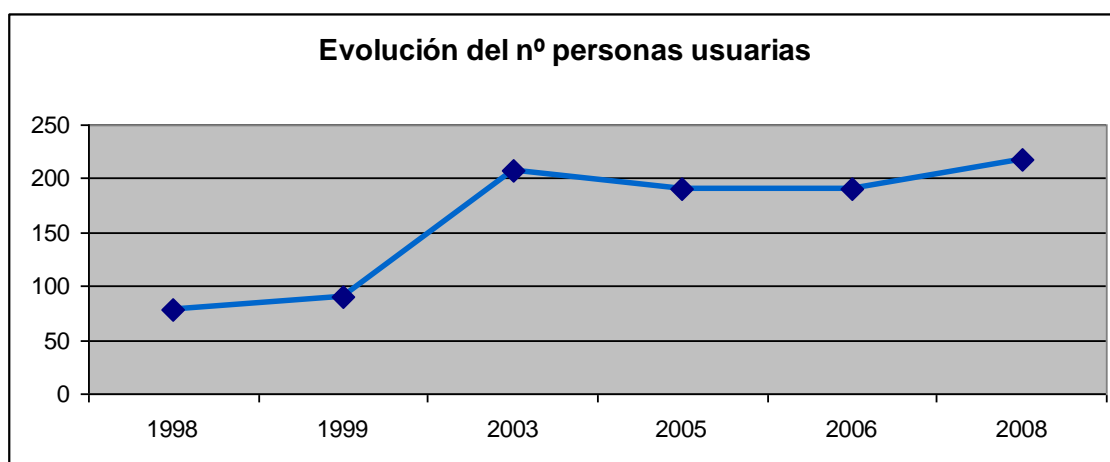
metodología grupal que una necesidad o una demanda de los usuarios de que quisieran hacer algo grupal. ..Lo que funcionaba era el seguimiento personalizado, las entrevistas y el trabajo de acompañamiento individual y el ofrecer en algún momento pues eso, algún recurso grupal...” [profesional]

Aunque la causa principal fue la falta de participación, también se introducen de manera secundaria otros factores que pudieron influir en la reducción de actividades; en un primer momento una oferta de actividades muy influidas por la trayectoria de libre de drogas que quizás no se ajustara al perfil y en un segundo momento una excesiva carga de trabajo.

“...También porque en los años siguientes aumentaron a un ritmo los pacientes que... Claro, ahí ya había más conocimiento y más ideas, pero no dabas abasto... [profesional]

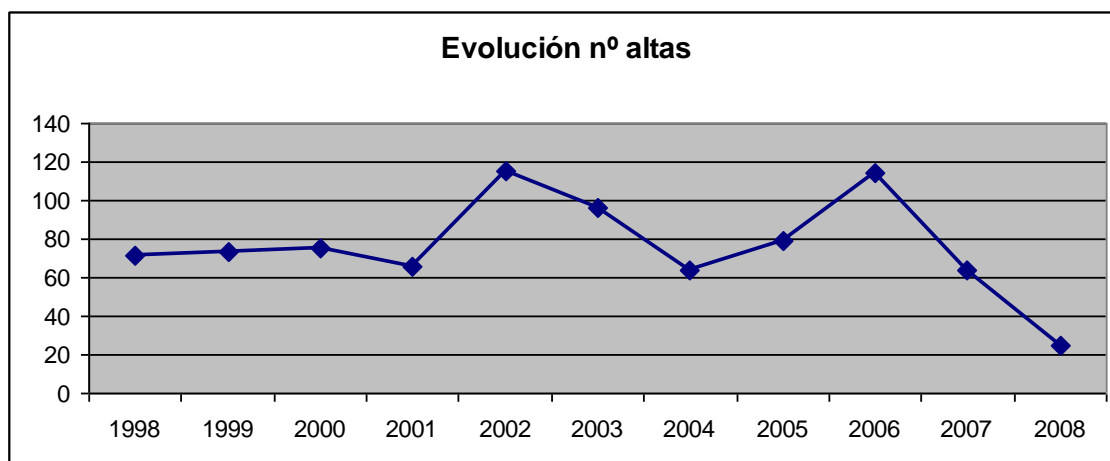
“El programa ha crecido en el número de pacientes pero no se ha desarrollado como una propuesta de tratamiento prioritaria” [profesional]

Uno de los cambios más significativos durante la evolución del programa ha sido el incremento del número de personas que participan en el programa. Aunque el programa se formuló en su origen priorizando la atención de personas que provinieran de los barrios zaragozanos de La Magdalena y Las Fuentes y acotando el número de personas usuarias a 75, la realidad de la puesta en marcha del programa enseguida mostró que la demanda superaba con creces el número de plazas ofertadas.



\*Fuente: Memorias CSZ

El incremento de personas usuarias se debió a la derivación por parte de otros recursos que se veían desbordados por la demanda de tratamientos de metadona. Si observamos la evolución del número de altas en el programa Ulises, durante el año 2002 y 2006 el programa aumentó significativamente el número de personas admitidas.



Fuente: Listado histórico usuarios/as del Programa Ulises

A partir de 2006 el número de ingresos en programa se reduce dado que este llega a su máxima capacidad. Actualmente ULISES se encuentra al máximo de su capacidad, atendiendo a 218 personas.

“Ahora no recibimos derivaciones porque tenemos muchos pacientes” [profesional]

*“¿Con cuántas personas usuarias debería contarse, o cual debería ser “el límite” para poder darles una atención adecuada?” [entrevistadora]*

“Yo no creo que el tema sea reducir pacientes, sino aumentar el número de profesionales” [profesional]

Este hecho lo resaltan las entidades que derivan usuarios en su discurso:

“Esto de las derivaciones va por necesidad, por la urgencia ... y yo derivo a quien primero me dice que sí cuando cojo el teléfono ... y el problema es que aquí están saturados de pacientes” (entidad vinculada)

## **PERTINENCIA DEL PROGRAMA ULISES**

Tras diez años de recorrido no podemos dejar de abordar la pertinencia del programa, ya que los cambios sociales en esta década pueden haber producido variaciones de contexto suficientes para que el servicio pueda necesitar reajustarse a una nueva realidad. Ulises se crea en 1998 motivado principalmente por la alta demanda existente de programas de mantenimiento con metadona en la ciudad de Zaragoza, en un principio, y en el resto de Aragón después.

La demanda de este tipo de tratamientos sigue siendo elevada, como muestra la evolución y el número de personas usuarias del programa Ulises, pero también como manifiestan el resto de recursos que dispensan metadona en la ciudad.

“Y que en este último mes, tanto que dicen que si la heroína...Pues hemos visto la tercera parte de estas visitas de primer día eran de alcohol, la tercera de cocaína y la tercera de heroína..Eso que dicen que la heroína ha disminuido”.[profesional]

La cronificación de la población usuaria de este tipo de programas, es decir el alto porcentaje de personas usuarias de tratamientos de mantenimiento con metadona que llevan años utilizando estos programas, acentúan la pertinencia de estos.

”...Dan respuesta a una población que, bueno, ha entrado y salido, y bueno ocupan ese hueco que si no nadie se va a ocupar de ello y por eso creo que se necesita, que es necesaria la existencia de este tipo de programas”. [profesional]

Además, las entidades y recursos vinculados manifiestan que el programa cuenta con un valor añadido, que se suma a la necesidad de la existencia de este tipo de programas.

“Sí es necesario que exista.../... Claro [Proyecto Ulises] tiene adherido ahí la posibilidad de todo el bagaje y experiencia de PH<sup>14</sup> con lo cual, sí, se puede entrar a un programa que después puede derivar a tratamiento más complejo del paciente que se ha derivado con ese beneficio. Con lo que es sanidad y eso (los otros programas de la

---

<sup>14</sup> Proyecto Hombre

ciudad) mantenemos una relación similar. .../...pero yo pienso que sí, que es diferente lo que es el programa Ulises. Es diferente. Sobre todo para el paciente. Que es lo importante”. [entidad vinculada]

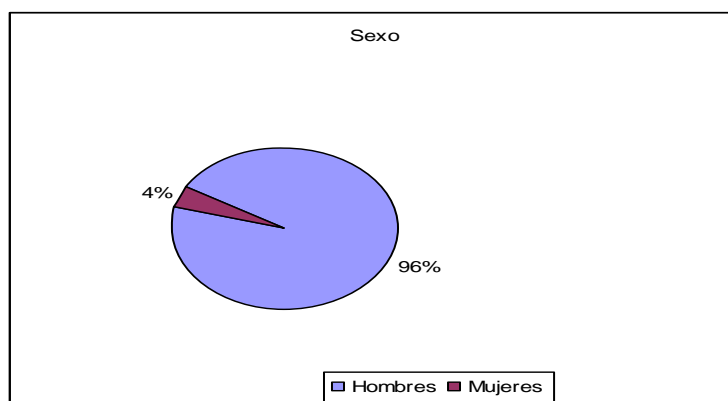
Por todo ello estamos en condiciones de afirmar que la pertinencia de dicho programa no ha variado.

## PERFIL ACTUAL DE LAS PERSONAS USUARIAS

### PERFIL TIPO ACTUAL DE LA PERSONA USUARIA DEL PROGRAMA “ULISES”

- Hombre
- 35 años
- Español
- Con larga trayectoria de consumo y policonsumo
- Estructura socio familiar inestable, nula o recuperada a través del programa.
- Sin trabajo
- Ha participado en varios programas con anterioridad

El perfil de las personas que ha utilizado el programa Ulises es un varón<sup>15</sup> (en un 95% de los casos), si bien analizando la lista actual los hombres son el 75%, con una edad media de 37 años (el 50% de las personas está entre los 35 y los 45 años).



\*Fuente: Listado histórico de personas usuarias

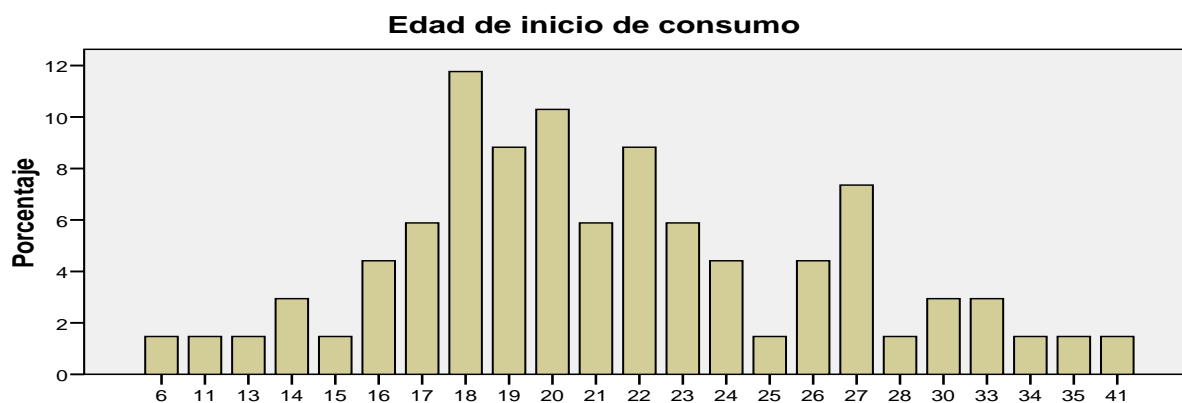
<sup>15</sup> Este hecho nos hace utilizar el masculino en ocasiones al hablar de personas participantes en el programa, como “usuarios”, quedando entendido que nos referimos tanto a población masculina como a femenina participante en el programa.

Es de nacionalidad española (en un 93% de los casos), no tiene pareja en la actualidad (70%), y la mitad de estas personas tienen hijos (habitualmente, un hijo/a). Además, no tiene trabajo (en el 68,3% de los casos) y un 40% cuentan con Graduado Escolar.

Respecto a su situación laboral, del 31,7% de personas que trabajan el 81% tienen contrato, y de ese otro 68% que no trabaja, un 30% está buscando empleo sin el respaldo de la prestación económica por desempleo, y un 15% no está buscando empleo y tampoco cuenta con la prestación por desempleo ni ningún tipo de ayuda.

De las personas que no tenían trabajo al ingresar en el programa, un 36,4% ha encontrado un empleo, y si tenía ya empleo, la mayoría (63,3%) no ha notado ningún cambio –ni a mejor ni a peor- en su situación laboral.

En cuanto a su historial de consumo, la media de años de consumo ronda los 16 años aunque el tiempo de consumo más frecuente es de 20 años, y comenzaron a consumir con 18 años (el 33% de los casos), y el 70% consumía antes de los 23 años.



\*Fuente: Vaciado de expedientes

Las personas usuarias que tienen un largo historial de consumo, denominadas “cronificadas”, con varias recaídas en sus tratamientos. La mayoría de ellos (el 71%) ha participado anteriormente en otros programas (tres, como media), siendo los más frecuentes los programas ambulatorios y las comunidades terapéuticas. En cuanto a su

presencia en el programa Ulises, las respuestas son muy heterogéneas aunque la mayoría de las personas usuarias actuales permanece en tratamiento desde hace 8 años.

### Estadísticos

Tiempo en programa

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
221	0	5,09	8	3,099

“Hay gente que lleva viniendo mucho tiempo al programa, y que está con la metadona aunque sigue consumiendo esporádicamente, pero es curioso, siguen viniendo, hay algo que les une al programa...” [profesional]

En algunos casos, al ingreso, junto al consumo de heroína se producía el consumo de otras sustancias. Un 15% consumía alcohol además de heroína, un 29% consumía cocaína además de heroína y un 13% drogas de síntesis.

Sobre las enfermedades asociadas al consumo de heroína los usuarios manifiestan padecer, en mayor porcentaje: Hepatitis (60% de los casos), VIH (21,7%) y alteraciones psicológicas (21,7%). Un 30% de las personas que han participado en la encuesta han tenido sobredosis en alguna ocasión.

Como hemos visto en el capítulo anterior, las derivaciones constituyen una parte importante de las altas. Examinando el listado de personas usuarias actuales un 47,5% han sido derivadas.

### Derivación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Otras derivaciones	11	5,0	10,5	10,5
	Sanidad	4	1,8	3,8	14,3
	IT	60	27,1	57,1	71,4
	I.Penitenciarias	11	5,0	10,5	81,9
	Otras prov incias	13	5,9	12,4	94,3
	Hospital	6	2,7	5,7	100,0
	Total	105	47,5	100,0	
Perdidos	Sistema	116	52,5		
Total		221	100,0		

En cuanto a las diferencias significativas de presencia femenina y masculina en el centro, los profesionales argumentan:

“Vienen más hombres que mujeres... yo creo que la mujer tiene una mayor capacidad de autoayuda, es capaz de abrirse más a una amiga, a un familiar... Además, hay determinados acontecimientos vitales en la vida de una mujer que le llevan a dejar el consumo... Pero, eso sí, las mujeres que nos llegan están muy deterioradas, porque han aguantado mucho más”

“Luego es que como hay mucha diferencia de asistentes por sexo, como hay una mayoría masculina eso puede ser un freno a veces; las mujeres no tienen cosas específicas, pero como no hay mujeres para hacer un grupo es complicado ofertar algo”

“No hace falta crear programas a parte para las mujeres adictas, pero sí que haya cuestiones puntuales sólo para ellas”

“No sé si las mujeres consumen más en solitario, en sus casas... y el consumo masculino es un consumo más social...”

### ***Evolución del perfil de los usuarios***

Las diferencias de porcentajes en cuanto al sexo de las personas usuarias del programa se mantienen desde 1998, donde ya el 75% de las personas que habían participado en algún momento del programa eran hombres. Las diferencias en función al sexo de las personas participantes son semejantes a las existentes en otro tipo de recursos de atención de drogodependencias.

La media de edad de las personas usuarias ha aumentado respecto a las cifras de 1998, cuando la mayoría de las personas usuarias tenían 30 años frente a la media de 37 años actual. El aumento de la edad media de las personas participantes en el programa es indicativo de un envejecimiento de la población usuaria pero también de su cronificación. Al analizar los expedientes de las personas usuarias actuales del programa nos encontramos que la edad que tenían cuando ingresaron en el programa era 32 años.

La presencia de poli-consumo de sustancias estaba presente también en los usuarios iniciales centrándose está en cocaína, benzodiazepinas y cannabis.

### ***Patología dual***

El consumo de sustancias y la patología dual son dos realidades paralelas; un 21,7% de las personas usuarias que cumplieron la encuesta de satisfacción declararon padecer algún tipo de trastorno psicológico. Esta circunstancia añadida dificulta el tratamiento.

La posibilidad de trastorno mental se suele detectar durante la primera entrevista que mantiene el usuario con los profesionales del centro, aunque existe un protocolo determinado para detectar dicha enfermedad. En caso de que exista algún indicio de patología dual el área de tratamiento aplica una serie de pruebas diagnósticas con el fin de determinar la existencia y el alcance de esta patología.

En estos casos de existencia de un perfil de patología dual, se realiza un seguimiento con un psiquiatra. Además, el centro mantiene relación con otras entidades e instituciones específicas a las que derivar para su tratamiento (centros de atención psiquiátrica, otros recursos de atención a enfermedades mentales...), y se produce, un seguimiento y un tratamiento paralelo con otros profesionales especializados.

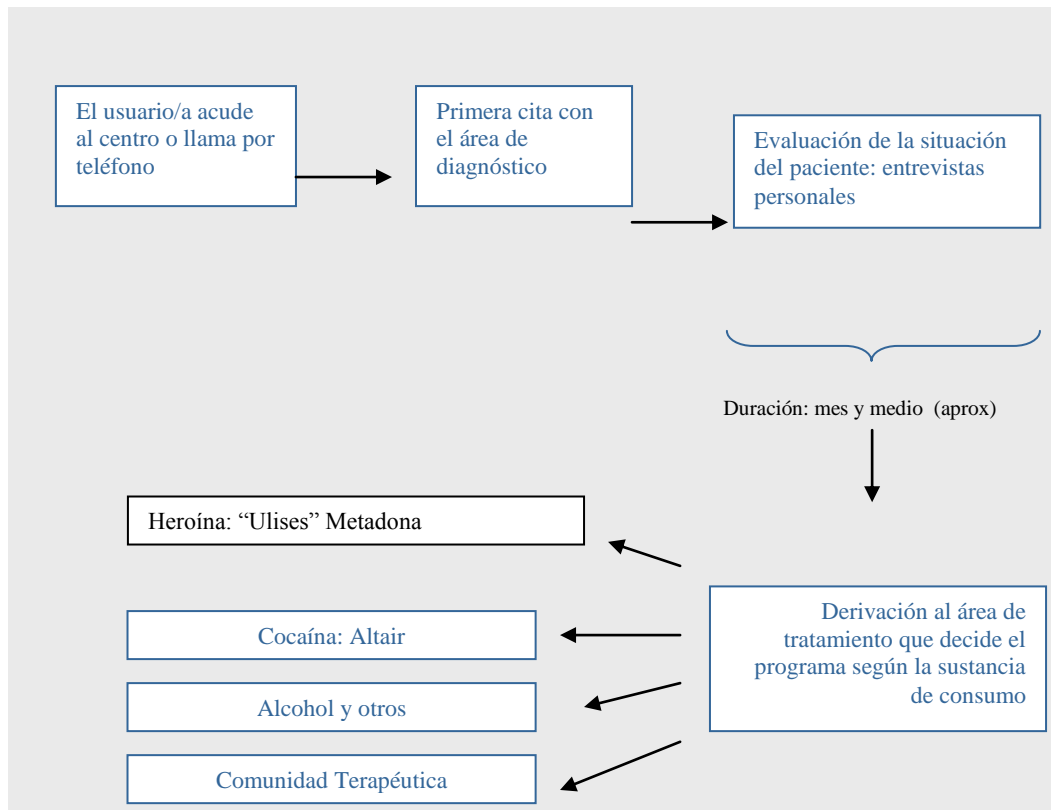
“Si no pones orden en la abstinencia y tratas de controlar que la persona se fije una norma, lo otro es una locura. El hecho de esa misma locura lleva consigo el que no puedas tomar la metadona en condiciones... Entonces, yo creo que sin una abstinencia, controlar una enfermedad mental es imposible, absolutamente imposible”[profesional]

“En algunos casos intentamos suministrarles la medicación a través del tratamiento de metadona” [profesional]

“Si hemos tenido algún caso de agresión ha sido con pacientes con patología dual” [profesional]

## PROCESO

### *Itinerario*



Cuando un usuario acude al centro de tratamiento de la calle Manuela Sancho (CTA) o hace una llamada telefónica para solicitar ayuda para su problemática de adicción, se le ofrece una primera cita para valorar su situación. Normalmente, esta llamada se produce por el entorno de la persona adicta (en concreto por los familiares). La mayoría de las familias dicen haber descubierto el centro a través de dos vías:

- Por conocidos que tuvieron experiencias de tratamiento de sus hijos o hijas en el centro.
- Por los servicios médicos públicos.

A veces los que acuden son las propias personas usuarias, normalmente porque tienen una motivación judicial (aunque el 73% de los usuarios dicen no tener causas pendientes, y un 86,7% de las personas usuarias no han iniciado el programa por indicación judicial), pero una de las principales entidades hacia las que se deriva y que derivan es Instituciones Penitenciarias.

Esta primera cita es con el área de diagnóstico, que evalúa al paciente desde un enfoque integral biopsicosocial, analizando su contexto desde una perspectiva biológica, social, y familiar, por parte de profesionales psicólogos del centro. En esta primera fase, que se prolonga alrededor de un mes y medio, se realizan una o dos entrevistas semanales.

Al finalizar esta primera etapa de diagnóstico de la situación, se plantean cuál puede ser el mejor tratamiento para el paciente en función de su problemática y la sustancia de consumo y se pasa a una segunda fase determinada por el área de tratamiento.

En el área de tratamiento de CTA se enmarcan los diferentes programas de intervención según la sustancia de consumo principal:

- Consumo de alcohol: tratamiento especializado.
- Cocaína u otro tipo de psicoestimulantes: programa Altair. Consiste en una intervención individual apoyada por una intervención grupal semanal, además de otro tipo de actividades como talleres y otro tipo de dinámicas, que incluyen salidas conjuntas de fin de semana.
- Consumo de heroína: Proyecto Hombre o programa de mantenimiento con metadona Ulises.
- En todos los casos, puede derivarse al paciente a la Comunidad Terapéutica si se observa que necesita de un tratamiento de tipo residencial (en el caso de la adicción a cualquier sustancia).

El [itinerario de las personas usuarias de Ulises](#) es el siguiente: una vez derivados a este programa deben pasar por una revisión médica, un análisis para comprobar si existe consumo activo de sustancias (en concreto de heroína), que sirve también para pautar la dosis de metadona que deben tomar en función de cada circunstancia individual.

Además, se comprueba si el paciente ha estado en tratamiento en otra institución, o si tiene alguna enfermedad derivada del consumo tratada por algún centro de salud; en estos casos el usuario debe ponerse en contacto con el centro con el que esté o estuvo en tratamiento, para no duplicar actuaciones., estableciéndose una comunicación por parte del programa Ulises con el programa anterior. Cuando se fijan todas estas cuestiones previas, se determina cómo va a ser la atención individualizada, se firma un contrato terapéutico en el que ambas partes –usuario y centro- se comprometen a cumplir sus responsabilidades durante el programa. Los primeros días el usuario recoge la dosis de manera diaria para hacer un seguimiento más exhaustivo, y una vez se ha estabilizado y los profesionales valoran su nivel de compromiso con el programa, se establecen una frecuencia de recogida menor, dispensándose metadona para varios días.

“El contrato incluye el aspecto más formal para que la persona se sienta vinculada al centro” [profesional]

“Al principio les aconsejamos que vengan con la familia para un mejor uso de la metadona, pero hay veces que eso no es posible, porque son pacientes en los que la familia no existe” [profesional]

Una vez en programa se realiza un seguimiento médico y psicosocial adaptado al perfil de la persona. En caso de que se demande, el programa presta otro tipo de apoyo (búsqueda de residencias, derivaciones a otros recursos...). Las causas de baja en programa son: decalaje de sustancia, abandono por parte del usuario, hospitalización, defunción, comportamiento agresivo, derivación a otro recurso o traslado de región de residencia.

El CSZ ofrece la posibilidad de participar en la Comunidad Terapéutica siguiendo la ingesta de metadona. En este caso el seguimiento se realiza por el personal de la Comunidad Terapéutica aunque se controle la dosis desde el programa Ulises.

Para acceder a este tratamiento, los usuarios se preparan en un grupo semanal específico, el llamado “grupo de motivación”.

“Normalmente, la derivación suele ser aquí mismo, en el centro, a compañeros/as de otras áreas” [profesional]

También existe un “grupo de soporte”, que se celebra cada 15 días, que va dirigido a las personas usuarias vinculados desde hace largo tiempo al centro. La función de este grupo es que las personas usuarias hablen entre ellos y ellas y comenten con el profesional su estado de salud y de ánimo. Este grupo se ha retomado hace unos meses, participando algunas de las personas participantes en el programa Ulises.

### **Criterios de admisión**

En cuanto a los criterios de inclusión se establecen:

- Solicitud de la persona consumidora, siempre que los profesionales decidan que está en condiciones mínimas, es decir, que sea un consumidor de heroína que se pueda beneficiar del tratamiento con metadona.

“Yo creo que se trabaja con todo el mundo que quiera que le ayuden” [profesional]

- Derivación desde otro recurso de administración de dosis de metadona.

### **Criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión del programa es el comportamiento agresivo o inadecuado en el centro y la constatación de un uso inadecuado de la metadona.

Hay que señalar que no existe un protocolo específico de actuación ante una situación de violencia generada por un paciente, si bien toda utilización de violencia conlleva expulsión del programa.

“Yo creo que de exclusión no hay criterios... somos nosotros los que tratamos de adaptarnos al paciente” [profesional]

“Hay un porcentaje de estas situaciones de violencia que a veces han tenido que ver con nosotros, con la dificultad de no saber adaptarte a una situación del paciente, y otras han

tenido que ver –yo creo- con la descompensación crítica de un individuo en delicado estado de salud” [profesional]

La dificultad de manejar estas situaciones esta presente en todos los recursos de este tipo, ya que si bien las agresiones no son frecuentes sí lo es el comportamiento inadecuado o exaltado. No olvidemos que además un porcentaje de las personas usuarias padecen algún trastorno psicológico. Algunas de las experiencias de otros recursos para tratar de prevenir estos episodios han sido infructuosas.

“El sistema de poner guardias jurados no ha funcionado. Se ha intentado en algún momento, pero al no tener sensibilidad o formación específica, la forma de tratar a los usuarios, de estos usuarios de estos programas –que también hay que conocerlos- y la forma de ser del guardia jurado entraban en conflicto, y casi generaban más conflictos de los que solucionaban” [entidad vinculada]

### ***Coordinación interna***

En cuanto a esta organización interna del equipo, se plantea a través de una reunión general semanal cada miércoles, organizada por el coordinador del centro, en la que se esbozan cuestiones que hayan surgido durante toda la semana de los diferentes programas. Del programa Ulises pocas veces se plantean asuntos, precisamente porque la situación de las personas usuarias se mantiene casi siempre muy estable.

Además tienen lugar las reuniones de coordinación de área, que por lo reciente de su formación están en fase de definición.

“Los martes nos reunimos Ulises, tratamiento y el grupo de motivación” [profesional]

### ***Derivaciones***

Como se ha señalado con anterioridad, las derivaciones de otros recursos tienen un papel importante en las altas en programa y son una de las principales causas de baja.

Analizando el listado histórico de personas usuarias, encontramos que se tiene constancia de haberse efectuado 206 derivaciones hacia el programa y 218 derivaciones desde el programa, esto hace un total de 424 contactos con otros recursos y entidades.

Derivaciones	Alta	Baja	Total
D Hos	10	58	68
D IP	99	124	223
D Otr. P	58	3	61
D Otras	9		9
D Sani	17	17	34
TR	13		13
Dtem		16	16
Total	206	218	424

\*Fuente: Listado histórico de personas usuarias

“Este es un servicio ... es un derecho de la persona, la persona que está en tratamiento tiene el derecho de ser atendida en cualquier centro de España, se traslade donde se traslade” [profesional]

La importancia de las derivaciones es explicada en parte por las características de la población usuaria, lo que una de las personas entrevistadas define como “puerta giratoria”.

“Sí, intercambiamos (usuarios). Porque bueno, muchas veces los pacientes nuestros que son de “puerta giratoria” que van a un centro y luego a otro... No te digo el 100%% pero hay un % que hacen eso. Y luego hay otro que estás contaminado, en el sentido jurídico, y hay veces que te ocurre con pacientes pues que has tenido alguna discusión o que se han saltado sus normas o que realmente has intentado hacer todo lo que sabes y pues ha habido un fracaso. Pues bueno, vamos a cambiar de recurso a ver si ese recurso le “ilumina” ¿no?” [profesional]

El procedimiento por el cual se produce una derivación o se efectúa es el siguiente: se contacta con el recurso telefónicamente, se informa de qué usuario o usuaria se trata y la

disponibilidad del recurso, y se envía un fax con las características de tratamiento (dosis y breve apunte de historial, si se tiene).

Las personas participantes en el grupo de discusión celebrado entre entidades que derivan o que reciben usuarios y usuarias del programa Ulises, valoran positivamente la disposición del equipo para recibir personas usuarias de otros centros y entidades, así como la comunicación y coordinación que establecen con los profesionales para desarrollar el proceso de derivación, que suele ser muy fluida.

“Dentro de lo que existe en la Red, son los que más cercanos están a la gente” [entidad vinculada]

“La relación siempre ha sido cordial y de compañerismo, nunca ha habido ningún problema” [entidad vinculada]

No obstante el programa ha visto reducido el número de admisiones por derivación debido a su capacidad.

### ***Papel de la familia***

Como hemos señalado el papel de la familia en las primeras pasos del programa era central. Como influencia del Programa Libre de Drogas el tratamiento estaba muy focalizado en la presencia de la familia. Las familias transmiten el alto nivel de exigencia que, según ellos, suponía el tratamiento libre de drogas, y también, una vez incluida la sustancia en el tratamiento, lo complejo que resultaba que la proporcionaran en los primeros tiempos del programa de mantenimiento con metadona.

“A mí no me gusta lo de antes, porque la familia teníamos que estar muy pendientes, en cambio, de esta otra manera ... los que caen ahora las familias ya no tienen que pasar eso porque enseguida los llevan a la Comunidad, pero es que antes...”[familiar]

“Hasta que no tocan fondo no reaccionan, por eso el anterior sistema no nos gustaba, pero es que es verdad, hasta que no se ven en esa situación, en la calle, y ven la mierda...”[familiar]

Actualmente el papel de las familias es menor aunque se intenta contar con ellas siempre que sea posible. En parte porque la población destinataria a aumentado su deterioro psicosocial con los años.

## **RESULTADOS**

Los objetivos planteados por el programa inicial de 1998 son los siguientes:

1. Conocer y evaluar la situación de los distintos usuarios del programa
2. Prevenir el deterioro psíquico, físico y social de los distintos usuarios del programa
3. Humanizar las situaciones de los usuarios, deterioradas en muchos casos por el itinerario de consumo desarrollado
4. Retener el mayor número de usuarios, el mayor número de días posibles, interrumpiendo el conjunto de deterioros que sufren
5. Mejorar la calidad de vida de los usuarios (relaciones familiares, relaciones sociales, incorporación laboral, utilización de tiempo libre)
6. Acompañar el proceso del usuario durante su estancia en el programa de mantenimiento con metadona.
7. Disminuir los daños asociados al uso de drogas. Control de enfermedades.
8. Ofertar el paso a un programa libre de drogas.

La eficacia de un programa es medida en gran parte por el grado de consecución de sus objetivos.

### ***Retención de usuarios***

Uno de los principales objetivos del programa es la retención de las personas usuarias como primer paso para la mejora de su calidad de vida y la disminución de los daños asociados al consumo. El programa no contempla en su diseño una estancia máxima, aspirando en última instancia al alta por abandono de consumo.

“Entonces el objetivo principal era que la gente se tomara la metadona, se tomara la medicación, es decir, porque si ponemos en marcha un servicio de mantenimiento con metadona y luego la gente no se toma la medicación pues apaga y vamos, es como si no hiciésemos nada, entonces yo creo que hemos logrado estructurar el programa de tal manera que más o menos aseguramos que todo el mundo se toma la medicación”.

[profesional]

Las bajas voluntarias se suelen dar, sobre todo, en los primeros momentos del tratamiento, debido al nivel de deterioro psicosocial de esta población que hace difícil acostumbrarse a las pautas y a la disciplina del proceso, o porque no consiguen abandonar el consumo de heroína.

“Yo creo que si abandonan ... es que son causas que no podemos controlar, es por falta de motivación, y ahí no podemos... o sí no sé... pero siempre se les ofrece tiempo para hablar y es que hay algunos a los que citas cinco veces y no se presentan a ninguna de las citas...” [profesional]

“Muchos abandonan por aburrimiento... De estar buscándose la vida, quedar con los colegas, ir a pillar, conseguir dinero ... la emoción; y en el otro extremo tener que ir a buscar la metadona cada día, y por muy simpáticos y amables que sean contigo... Vamos, es que no hay color” [profesional]

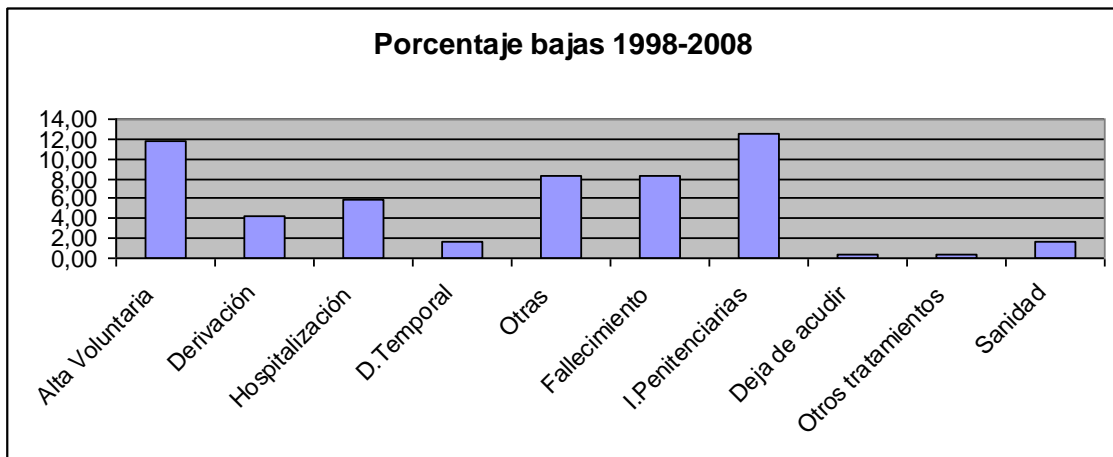
“Tienen la necesidad de la metadona, pero algunos tienen otras necesidades más urgentes, como ver dónde van a dormir esa noche, por eso dejan de tomarla” [profesional]

Si analizamos los datos procedentes al listado histórico de personas usuarias obtenemos que la permanencia media de las personas usuarias en programa ronda los dos años, siendo el valor más frecuente no llegar al año. Observando con detalle descubrimos que en los años 1998 y 1999 hubo un gran porcentaje de participantes que causó baja en programa antes de llegar al año. Si examinamos el listado actual de personas usuarias, que cuenta con información más completa, obtenemos que un 36% de las y los participantes actuales llevan 8 años en programa, siendo la media de permanencia de 5 años.



\*Fuente: Listado actual de personas usuarias

Si analizamos las cifras de baja en el programa del periodo 1998-2008 observamos que el porcentaje de altas voluntarias no llega al 12%. Suelen darse muy pocos casos de baja en el programa Ulises, un 44% de los usuarios de su listado histórico sigue en programa, esencialmente porque la población usuaria de este tratamiento es una población cronicada, que se mantiene estable dentro su situación de consumo. Se trata de personas que, de una forma u otra, llevan tiempo en este círculo de consumo con temporadas de mejora y otras de recaídas.



\*Fuente: Listado histórico de personas usuarias

En este sentido, las causas de baja tienen que ver, principalmente, con:

- ingresos en prisión

- alta voluntaria
- hospitalizaciones
- fallecimientos, sobre todo en los primeros años.
- derivaciones a otros recursos

### ***Mejorar la calidad de vida de las personas usuarias***

Como indicador general de la evolución en la calidad de vida podemos utilizar las respuestas a la pregunta sobre la autopercepción de la situación actual contemplada en el cuestionario de satisfacción. Un 89% de las personas que contestan a esta pregunta han experimentado mejoría en su estado a raíz de su ingreso en el programa Ulises.

**Mi situación en la actualidad por ingreso en el programa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	He mejorado mucho y voy a salir de esta situación completamente	12	20,0	21,8	21,8
	He mejorado bastante y soy optimista con el futuro	20	33,3	36,4	58,2
	Estoy mejor pero me falta tiempo para mi recuperación total	17	28,3	30,9	89,1
	No me aclaro, no sé si estoy bien mal, y lo que necesito	2	3,3	3,6	92,7
	No he superado mis problemas y sigo necesitando de la ayuda	4	6,7	7,3	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	8,3		
Total		60	100,0		

A nivel global podemos observar que de la totalidad de personas usuarias que respondieron a la encuesta de satisfacción, un 80% han experimentado una mejora desde que están en el programa para desarrollar las actividades de su vida cotidiana.

**Mejora en su propio cuidado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	52	86,7	89,7	89,7
	No	6	10,0	10,3	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

### En cuanto a las relaciones sociales y familiares

Como se ha señalado en el perfil de las personas usuarias, mayoritariamente no tienen pareja y la mitad de ellos tienen descendientes. En muchos casos no cuentan con el apoyo familiar, lo que hace difícil llegar a las familias. Pese a ello un 80% de los encuestados considera que desde su ingreso en programa sus relaciones sociales y familiares han mejorado.

**Mejora de relaciones familiares y personales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	48	80,0	81,4	81,4
	No	11	18,3	18,6	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		60	100,0		

Sin embargo el trabajo desarrollado por el programa con las familias no es general y se adapta a cada caso, pudiendo derivar a estas hacia otros recursos del Centro de Solidaridad que desarrollan programas de intervención familiar. La mejora de las relaciones familiares puede estar influida por el hecho de que se esté en tratamiento o se haya conseguido una estabilidad.

“Sí he recuperado las relaciones con mis familiares, de hecho, es una de las condiciones que me ponen para hablar con ellos, que siga viniendo aquí” [usuario]

“Yo le decía, tú me llamas desde un centro, ve al centro que quieras, que yo te apoyaré” [familiar]

Para las personas usuarias, la utilidad de la implicación de las familias en el proceso de rehabilitación de las personas adictas depende de cada caso. En algunos es positivo, y en cambio hay otros casos que no lo es tanto, o que no es posible porque no existe familia o relación familiar fluida. Esto suele pasar, por ejemplo, con las personas usuarias de metadona con un extenso historial de consumo. Aún así, la mayoría comenta que, siempre que sea posible, es importante la presencia activa de los familiares,

especialmente al principio del tratamiento, pues puede encargarse del control de la dosis.

“Al principio el apoyo de la familia es fundamental, lo que pasa es que no tiene que servir para siempre, porque tienes que empezar a hacer tu vida solo” [usuario]

“Se nota la gente que tiene a su familia y la que no la tiene, yo lo he visto, les falta algo, ¿sabes?” [usuario]

El personal del programa señala que contar con las familias de los usuarios de este programa es muy importante, por dos motivos, porque en ocasiones en el historial y las circunstancias del consumo de la persona está muy relacionada la familia (problemas familiares, relaciones familiares complejas...) y debe incluirse a los familiares en el proceso de terapia. Además, las familias pueden ofrecer información añadida muy útil en ese proceso.

“Es un trabajo más allá de la desintoxicación, es trabajar las relaciones personales, es un trabajo complementario” [profesional]

La realidad es que en muchas ocasiones, las familias de estos usuarios no existen o no se tiene relación alguna con ellas.

“La mayoría de las familias no existen o están tan dañadas que es complicado... Claro que habrá un porcentaje pequeño con el que se pueda hacer un poco más de trabajo, pero directamente desde el programa de metadona es complejo” [profesional]

En el origen del programa Ulises se contaba con un espacio de apoyo a familias, que en su momento desarrolló una ayuda pautada y unas actividades de apoyo a las familias de las personas usuarias centradas en grupos en los que se reunían los familiares para compartir experiencias similares. Esos grupos no tuvieron éxito porque las familias dejaron de acudir, y a partir de entonces a los familiares se les comenzó a ofrecer una ayuda informal de manera individual según lo solicitaban.

“Intentamos en un primer momento abordar algún grupo de familias, y prácticamente no había respuesta... igual y a lo mejor la madre o el padre no están, o están enfermos...” [profesional]

“Antes había un tratamiento para el chico o la chica, y paralelamente otro para las familias” [familiar]

La idea de retomar el trabajo con las familias está siendo barajada con la creación del área de familias, inserta dentro del área de tratamiento. Al margen de esto el primer contacto con las familias se realiza desde el área de diagnóstico, ofreciéndoles a las familias una primera información sobre recursos, que conozcan la posibilidad de trabajar con la familia y que los familiares pueden ser tratados de forma paralela al usuario/a.

“Los sientas, los escuchas e intentas poner un poco de orden, que comprendan la situación del hijo, que tengan algunas herramientas para que sean capaces de organizar un poco su vida...” [profesional]

“Cuando se trata de un tratamiento residencial en una Comunidad ahí es distinto, porque sí hay un interés por cambiar las cosas, entonces sí interesa que la familia participe en el cambio y soporte esa situación nueva...” [profesional]

Entre las y los familiares, algunos son partidarios de que se retome la iniciativa, otros en cambio prefieren que la ayuda a las familias sea de manera individual e informal, cuando los familiares la soliciten.

“A mí me parece bien, te contaban las cosas ...” [familiar]

“Pues a mí personalmente no me gustaría, porque cuando quiero hablar con alguien llamo yo y vengo... Porque en las reuniones hay veces que sales muy bien pero hay otras que sales muy mal, porque en esto hay que decir siempre la verdad” [familiar]

### **En cuanto a la incorporación laboral y actividades de ocio**

La mayoría de las personas entrevistadas usuarias del programa Ulises, al margen de acudir por su dosis de metadona, no han realizado ninguna otra actividad complementaria en el centro.

Así:

- Un 51,7% no participa en entrevistas individuales
- Un 74% no participa en actividades en grupos

“Que yo sepa, aquí no se hacen cursos de esos...yo no lo he visto nunca, la gente viene a por la metadona y se va” [usuario]

“Los de metadona solamente hablan con los psicólogos de vez en cuando, con él”

“Hay grupos, pero sólo con los de cocaína” [familiar]

“Hay muy pocas cosas de esas, que yo tengo muy pateao esto...” [familiar]

En este sentido, por parte de las personas usuarias (un 58%) existe una demanda de este tipo de actividades complementarias a la dispensación.

**Actividades para mejorar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sólo recoger dosis	20	33,3	36,4	36,4
	Participar en más actividades	35	58,3	63,6	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	8,3		
Total		60	100,0		

En concreto las demandas se centran en actividades en grupo como talleres de ocio, terapia grupal, ya que se indica que para las personas que pudieran compatibilizarlo con un horario laboral sería positivo.

“Hombre, yo porque ahora no tengo nada que hacer, vivo en el albergue y estaría muy bien ...” [usuario]

“Las actividades hubieran estado bien al principio, cuando empezaban con la metadona, pero ahora la propia metadona les ayuda, precisamente, a que puedan ir a trabajar” [familiar]

“Mi hijo no podría, trabaja diez horas diarias...” [familiar]

Aunque existe un grupo importante de usuarios (33,3%) que no demandan ninguna actividad complementaria.

El mayor debate entre las y los profesionales surge, precisamente, en cuanto a la posibilidad de ofrecer a los usuarios del programa de metadona más actividades al margen de la dispensación de la dosis. La imposibilidad surge, **en parte**, por la falta de presupuesto, pero también por la complejidad que supone este perfil tan específico para realizar actividades que requieran una disciplina y el cumplimiento de unos horarios. Las actividades iniciales desarrolladas en este sentido por el programa no tuvieron la afluencia de público esperada y se cancelaron.

“A mí me gustaría que a un 30% de estos pacientes pues darles la metadona, que está muy bien ¿?no? pero luego, con el 60% o el 70% hacer otras actividades del estilo de talleres de prevención de salud, talleres de sexualidad, talleres para padres de usuarios que en ocasiones están muy cronificados, talleres de tipo ocupacional... dinámicas muy puntuales y muy temporales, porque es verdad que con este tipo de pacientes plantear una dinámica a largo plazo no funciona; entonces pues sería ... 3 o 4 sesiones de prevención de salud, al mes siguiente cuatro sesiones con otros usuarios de un taller de relajación ... ” [profesional]

“¿Qué hay otras cosas que a lo mejor podíamos trabajar, otros objetivos...? Pues a lo mejor sí, no sé... pero no sé si es más una historia nuestra de pensar que podemos hacer cosas con ellos, o realmente tenemos que ser un poco realistas y saber que estamos trabajando con usuarios muy complicados, y que a lo mejor no quieren hacer nada más

de lo que hacen ¿no?, el usuario de metadona no es lo mismo que un usuario de cocaína” [profesional]

El nivel de exigencia y de implicación que debe pedirse a las personas participantes en el programa depende del estado y capacidad de cada uno.

“Yo creo que más que nada lo que se exige es que tengan respeto al centro y que intenten cumplir las normas”[profesional]

“Más allá de conseguir una estabilización del paciente... “cambiar” significa enfrentarme a mis monstruos, y no todo el mundo está por la labor”[profesional]

“La metadona no cambia al individuo, es decir... cambia la apariencia externa, el desastre enorme en el que vive un poli toxicómano con el que no puedes contar prácticamente para nada, cambia en el sentido de que todo ese desastre disminuye, pero claro, si yo tenía problemas contigo la metadona no me los resuelve, si tenía un problema laboral la metadona no lo resuelve ...”[profesional]

“La reducción de daños es una forma de vida...de que sobrevivan...hay que respetar las libertades de las personas...”[profesionales]

“El perfil de estos usuarios no suele permitir actividades tan definidas” [profesionales]

Se plantea, si no crear actividades concretas para usuarios del programa Ulises, sí tratar de introducir a estos usuarios en actividades y terapias grupales de otros programas, y se plantea la reacción que puede provocar en otras personas participantes en las terapias y actividades grupales. La principal dificultad de esta opción es la diferencia de perfil entre las personas usuarias del programa Ulises y las del programa Altaír, con un perfil de integración más alto y un nivel de deterioro menor. En este sentido, parecen darse discordantes opiniones por parte de los profesionales:

“En el grupo de motivación, que es el que prepara para entrar en Comunidad Terapéutica, sí que intentamos que los perfiles sean homogéneos, porque mezclar un

perfil de heroína con otro de cocaína.. no sé yo si el trabajo terapéutico sería muy eficaz...” [profesional]

“Ahora mismo intentamos que si algún paciente de “Ulises” encaja en alguna actividad pues ... Entonces tenemos pacientes de “Ulises” en Comunidad Terapéutica, pacientes de “Ulises” en el grupo de motivación, en el grupo de soporte.... En estas actividades tenemos que ser capaces de involucrar a todo el mundo” [profesional]

“En un grupo, si tú metes a uno de heroína que está durmiendo en un cajero ...no creo que le interese mucho trabajar la autoestima, sino sobrevivir...”[profesional]

Desde las entidades que derivan usuarios y que están relacionadas con prisiones, en concreto, con respecto a las personas usuarias de estos programas que se encuentran en prisión, señalan que el programa de metadona se ha reducido a dispensar la dosis, y debería diseñarse un programa más completo para preparar la reinserción social de cara a la salida de prisión de estas personas.

Pero, en general, el resto de instituciones no se muestran de acuerdo en cuanto a la pertinencia de crear un programa completo que incluya otro tipo de actividades:

“Yo no creo que todos tengamos que hacer de todo ... No lo veo bien .. además se crearían “guetos”; veo positivo que el drogodependiente busque estas actividades en otros lugares donde tenga contacto con personas no relacionadas con el mundo de la droga” [entidad vinculada]

### ***Disminución de daños asociados***

A nivel global el 87% de los usuarios han experimentado una mejora en la capacidad de cuidarse a si misma/o.

**Mejora en su propio cuidado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	52	86,7	89,7	89,7
	No	6	10,0	10,3	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

De estas personas un 45% no acuden a entrevista con el médico, pero la mayoría de las personas que acuden al servicio tienen un seguimiento médico, no sólo de su dosis sino de su estado de salud en general, que incluye detección de posibles patologías psicológicas, y su derivación a otros servicios sanitarios.

“Entonces, muchas veces llamaba por teléfono, lo ingresábamos para comprobar el dato que ellos habían visto, tal...”[entidad vinculada sanidad]

“...Entonces a este tipo de personas se le hace venir a diario, y entonces pasan a parte del equipo de lo que es la metadona, tienen citas muy seguidas con el médico porque son personas que de salud ... un porcentaje muy alto están deteriorados”. [profesional]

De las personas entrevistadas participantes en el programa un 82,5 % opina que su estado general de salud ha mejorado desde que sigue el programa.

**Desde que está en el programa, su estado de salud:**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ha empeorado mucho	1	1,7	1,8	1,8
	No ha cambiado	9	15,0	15,8	17,5
	Ha mejorado	34	56,7	59,6	77,2
	Ha mejorado mucho	13	21,7	22,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

Uno de los métodos para controlar y prevenir riesgos son las analíticas realizadas para detectar usos adecuados de la metadona y posibles consumos de otras sustancias. La

política de control se basa esencialmente en realizar dos analíticas anuales a las personas usuarias para controlar un posible consumo de drogas. En las analíticas que se realizan a las personas consumidoras de metadona se incluye y se especifica precisamente esta sustancia, para comprobar si están siguiendo en tratamiento de una forma apropiada. Algunos de los profesionales comentan que tal vez deberían realizarse más analíticas o controlar un posible consumo de forma más estricta.

“El control tiene que servir un poco para orientarte [al profesional] objetivamente en algunos aspectos, para tomar algunas decisiones, y para que el paciente sea capaz de controlarse un poco también” [profesional]

Las familias consideran la política de control a partir de las analíticas un aspecto a mejorar, y creen que deberían incrementarse las analíticas.

### ***Acompañamiento***

El programa Ulises efectúa un acompañamiento de las personas usuarias durante todo su proceso con un mínimo seguimiento de manera informal.

“Hablo un poco con ellos, les veo como vienen, si consumen, si no consumen, si trabajan y un poco como están...”[profesional]

“Me hago alguna analítica a ver si doy positivo o negativo, hablo de vez en cuando con A, que es el que me sigue a mí ... “[usuario]

El proceso de apoyo y acompañamiento se produce a demanda de la persona usuaria aunque se oferta según la valoración que de ellas hacen los profesionales.

“En el tema judicial también te ayudan ... A mí me han quitado muchas multas por informes de ellos, que estaba en un programa de desintoxicación o tomando metadona, me han quitado multas y cosas...” [usuario]

“Porque no sólo te ayudan con la dispensación de metadona, también te ayudan a nivel social, a nivel...no sé, cualquier problema que tengas ... a nivel médico, a nivel social, a nivel ... a mí me han ayudado para encontrar sitio en el albergue, me han ayudado

para el centro de salud mental al que voy ... o sea, que se preocupan ... se preocupan por ti, no sólo vienes aquí, te tomas la metadona y te vas ... te ayudan” [usuario]

El problema es que no se dispone de información cuantitativa sobre estas actividades porque se trata de dar respuesta inmediata a la demanda de los y las usuarias.

“Y luego tratamos de enviarles a comunidad terapéutica... Intentamos un poco también que sigan activos mandándolos a algún taller...Aquellos que están en la calle tratamos de mandarles a albergue municipal...Hemos tenido a gente en “Las Casitas<sup>16</sup>” ...Intentamos un poco dar respuesta...” [profesional]

Las y los profesionales comentan que el diseño del programa es correcto si se trata de cumplir el objetivo principal del programa, es decir, la reducción de los riesgos para la salud de la población consumidora de heroína, y que de manera informal sí se trata de complementar ese proceso de dispensación de la dosis a través de otro tipo de atención cuando la requieran las personas usuarias, etc.... Pero que de manera formal no existe un programa integral a través de la metadona.

“Yo creo que se les da respuesta [a los usuarios], yo creo que en este momento a cualquier persona que venga aquí se le pueden proponer cosas, y si luego hay dificultades pues también hay suficiente variación como para darle respuesta” [profesional]

Desde las entidades que derivan usuarios, también se valora positivamente el programa Ulises, y aunque opinan que efectivamente no se trata de un programa de tratamiento integral, tienen en cuenta las limitaciones (entre otras, las presupuestarias) con las que cuentan este tipo de servicios y programas.

“Es un programa de sustitución, de control, de administración de metadona, que ese ya es un primer paso. Pues que pudiese ser un trampolín, si es posible, pues de personas que a parte de tomar la metadona como sustitutivo, se hiciera o se pudiese derivar, de ahí que eligiesen a unos para derivarlos a un programa a lo mejor más extenso,

---

<sup>16</sup> Recurso residencial destinado a enfermos con VIH gestionado por las Hermanas de la Caridad de Santa Ana, en el barrio de la Paz de Zaragoza.

ampliarlo, para intentar pues bueno un futuro de abandono si es posible, de todo”.  
[entidad vinculada]

“Si para un paciente busco un tratamiento más integral no suelo recurrir al programa del CSZ” [entidad vinculada]

“El PMM de PH es más eficiente si se complementa con otro más completo” [entidad vinculada]

## **SATISFACCIÓN**

La satisfacción es un concepto complejo que va más allá de la competencia de los profesionales y de las organizaciones, de los procedimientos establecidos para la consecución de objetivos, incorporando, además, la experiencia individual del usuario en un momento dado. Determinar el grado de satisfacción de las personas usuarias e incorporar posibles mejoras fruto de la reflexión de los resultados es una buena práctica para todas aquellas entidades que quieren incorporar mejoras continuas en el ejercicio de sus funciones y responsabilidades. Además, la satisfacción es un indicador fundamental de calidad de todo servicio público.

Pero no sólo la satisfacción de las personas usuarias de servicios y programas es un indicador, la satisfacción tanto de los profesionales del programa como de las instituciones o recursos a él vinculados son indicadores tanto de la calidad de los programas como de su eficacia. Constituyéndose como un valor de juicio sobre el programa Ulises.

A nivel global todas las personas relacionadas con el programa Ulises (usuarios/as, profesionales y entidades) cuya opinión ha sido consultada, manifiestan su satisfacción general con la estructura, la metodología y la utilidad del programa Ulises.

“El programa está bien diseñado, no falla el programa, los que fallan son ellos [los usuarios]” [familiar]

“El funcionamiento del Ulises, supongo que es bueno” [entidad vinculada]

### **Satisfacción de las personas usuarias del programa**

La satisfacción de las personas usuarias puede estructurarse en torno a los siguientes aspectos:

- Satisfacción respecto a los profesionales
- Satisfacción respecto a la accesibilidad del programa
- Satisfacción respecto a la utilidad del programa y cambios percibidos

- Satisfacción respecto al proceso

### **Satisfacción respecto a los profesionales**

Un 93% de los usuarios y las usuarias del centro creen que la asistencia recibida por los profesionales del centro ha sido “buena” o “muy buena”. Además sin existir un protocolo pautado de actuación, ofrecen su ayuda para otras cuestiones relacionadas con la integración social, laboral... y global de la persona, además de proporcionarles la dosis de metadona.

“a mí me han ayudado encontrar sitio en el albergue, con el centro de salud mental en el que estoy...si tienes algún problema judicial...” [usuario]

#### **Impresión sobre la asistencia recibida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,8	1,8
	Mala	1	1,7	1,8	3,5
	Ni buena ni mala	2	3,3	3,5	7,0
	Buena	28	46,7	49,1	56,1
	Muy buena	25	41,7	43,9	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

El 95% de las personas usuarias califican como “buenos” o “muy buenos” a los profesionales.

#### **Valoración del personal**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,7	1,7
	Ni buena ni mala	2	3,3	3,3	5,0
	Buena	24	40,0	40,0	45,0
	Muy buena	33	55,0	55,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Un 61,7% cree que el trato recibido por los profesionales del programa es “muy bueno”, y en un 75% creen que el personal conoce sus problemas.

### Conocimiento de sus problemas por los profesionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	2	3,3	3,4	3,4
	Ni buena ni mala	11	18,3	19,0	22,4
	Buena	27	45,0	46,6	69,0
	Muy buena	18	30,0	31,0	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

El 91,7% de las personas usuarias considera “muy buena” la discreción de los profesionales en cuanto a estos problemas.

“Cuando estás así lo que menos te esperas es que alguien te trate bien, y aquí lo hacen...” [usuario]

Así, los profesionales que les atienden o les han atendido durante el proceso forman parte de los elementos mejor valorados dentro del programa: les han sabido escuchar y entender en sus problemas...

### Lo mejor del programa de dispensación de metadona

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Profesionales	31	51,7	62,0	62,0
	Proceso	12	20,0	24,0	86,0
	Cambios en consumo	4	6,7	8,0	94,0
	Situación personal	2	3,3	4,0	98,0
	Otros	1	1,7	2,0	100,0
	Total	50	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	10	16,7		
Total		60	100,0		

Ante la imposibilidad de ser capaces por ellos mismos de abandonar el consumo, han confiado plenamente en la capacidad de los profesionales

“Yo me dejé completamente en las manos de los profesionales, les di mi confianza...” [usuario]

Las familias, también están satisfechas con la atención prestada por los profesionales:

“Para mí ha sido imprescindible, me han ayudado muchísimo” [familiar]

“Se han dedicado en cuerpo y alma” [familiar]

“Yo, es que sacar adelante esto por mí misma ...”[familiar]

### **Satisfacción con respecto a la accesibilidad del programa**

- Ubicación e infraestructura:

La satisfacción en cuanto a la ubicación e infraestructuras del centro es alta. Un 90% de los usuarios valora positivamente las instalaciones y las condiciones del centro en cuanto a la situación, la limpieza...

**Valoración del centro (horarios, limpieza, ubicación...)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,7	1,7
	Mala	1	1,7	1,7	3,3
	Ni buena ni mala	1	1,7	1,7	5,0
	Buena	24	40,0	40,0	45,0
	Muy buena	33	55,0	55,0	100,0
	Total		60	100,0	100,0

Desde los profesionales se opina que el centro está situado en un lugar céntrico de la ciudad, por lo que el acceso es sencillo; el espacio está bien acondicionado y la limpieza es correcta. El centro se valora positivamente en relación a los espacios de las actividades (despachos para entrevistas individuales, salas de reuniones, sala para dispensar la metadona).

“En algunos casos nos planteamos que tuvieran una sala donde poder tomar café por las mañanas, porque el invierno es frío, sobre todo para la gente que no tiene donde estar, pero el centro no da para eso, el centro te permite atender con dignidad a la gente pero

no te permite desarrollar una propuesta como centro de día. Y con algunos hemos intentado que se ducharan, se cambiaran de ropa aquí, porque hay unos baños en los que colocamos unas duchas, pero no es cómodo para ellos y esta casa no da de sí para eso en concreto” [profesional]

El punto débil de las instalaciones está en que no cuenta con luz natural ni con suficiente ventilación.

“Nosotros lo hablamos muchas veces: no cogemos más catarros o más virus no sé por qué...porque aquí viene gente que está muy enferma, que tienen VIH, o hepatitis, o bronquitis vírica... y aquí no hay un sistema de ventilación” [profesional]

- Horarios

El programa de dispensación de metadona del programa Ulises tiene un horario amplio, según los profesionales y las personas usuarias (se atiende de lunes a viernes de 8 de la mañana a 13.30 de la tarde y los martes y jueves, además, de 5 a 8 de la tarde; los fines de semana permanece cerrado).

“Al principio contábamos con un equipo de voluntarios los fines de semana pero generaba muchos problemas y lo dejamos” [profesional]

Aún así, cuando una persona acude a recoger su dosis fuera de estos horarios también suele ser atendido. Este elemento se recalca como uno de los puntos fuertes del programa, la disponibilidad y flexibilidad de de los profesionales en cuanto a horarios. Aunque también se tiene en cuenta el peligro de una excesiva flexibilidad.

“Aunque esté cerrado nunca vas a decir “vente esta tarde”, porque existe el riesgo de que por la tarde no venga y se quede sin metadona para el día siguiente, y van a ir a un hospital y no se la van a dar, y al final consuma. En eso hay que tener mucho cuidado” [profesional]

“... Aún así, intentamos cumplir los horarios, porque si no estaríamos aquí el día entero” [profesional]

“También es verdad que cuando pones unos horarios cerrados, a la gente le está educando en que la vida tiene unas normas que hay que respetar” [profesional]

Un 88% de los usuarios consideran que los horarios son adecuados, y se puede compatibilizar la recogida de las dosis con el horario laboral (en un 81,3% de los casos). Además, puede acudir algún familiar, y existen horarios de tarde.

“No podía ir a buscarla por el trabajo, pero va mi novia” [usuario]

También dicen poder compatibilizar la recogida de la sustancia con el resto de actividades de su día a día (91,7% de los casos).

**Compatibilidad horarios con resto actividades cotidianas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	55	91,7	94,8	94,8
	No	3	5,0	5,2	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

Por otro lado señalan, en un 87,5% de los casos, que deben esperar cuando acuden a recoger la dosis, pero que esa espera es inferior a los cinco minutos en un 60% de los casos.

- Existencia de lista de espera

Entre las familias de las personas usuarias hay diversidad de opiniones cuando se hace referencia a la facilidad de ingresar en el centro:

“Nosotros entramos por enchufe que si no ...”

“Ah, no, a nosotros ha sido llegar y entrar”

Posiblemente la existencia de esta disparidad de opiniones se deba principalmente al momento del programa en que ingresó la o el usuario.

### **Satisfacción respecto a la utilidad del programa y cambios percibidos**

Así pues, un 93% de los usuarios indican la utilidad del programa. Para todos ellos se han cumplido las expectativas con las que entraron en el centro, ya que muchos de ellos además de abandonar la heroína han logrado retomar su vida, sus relaciones sociales y su trabajo. Otros tantos están en ese proceso.

“Yo espero de aquí a dos años estar totalmente curado, poderme ir a un piso y salir de casa de mis padres...” [usuario]

“Me han enseñado a valorar más la vida, a valorar más lo que hago, las pequeñas cosas, los momentos, a saber hablar más de mí...” [usuario]

Las expectativas con las que las personas usuarias ingresaron en el programa se relacionan con cambiar el estilo de vida (abandonar la situación de indigencia, la delincuencia...) en un 47% de los casos, y necesitar ayuda para dejar las drogas (47,4%), que son los motivos por los que ingresaron en el programa.

“Las drogas no se dejan, se deja el estilo de vida” [usuario]

Un 36,4% cree que “ha mejorado bastante y se siente optimista con su futuro”, aunque un 30,9% “ha experimentado mejoría pero cree que aún le falta tiempo para su recuperación total”.

### **Satisfacción respecto al proceso**

El 90% de las personas que participaron en la encuesta de satisfacción con el programa Ulises valoran positivamente la facilidad del proceso de recogida de metadona.

**Valoración facilidad proceso dispensación metadona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	1	1,7	1,8	1,8
	Ni buena ni mala	2	3,3	3,5	5,3
	Buena	32	53,3	56,1	61,4
	Muy buena	22	36,7	38,6	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

Como ya hemos señalado, el aspecto más valorado del programa es el personal técnico, pero a este le sigue el proceso de dispensación. Aspectos referidos a la dosis, la frecuencia de dispensación, y la gratuidad también son valorados.

**Lo mejor del programa de dispensación de metadona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Profesionales	31	51,7	62,0	62,0
	Proceso	12	20,0	24,0	86,0
	Cambios en consumo	4	6,7	8,0	94,0
	Situación personal	2	3,3	4,0	98,0
	Otros	1	1,7	2,0	100,0
	Total	50	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	10	16,7		
Total		60	100,0		

A continuación se muestran los aspectos a mejorar del programa según las personas usuarias:

**Lo peor del programa de dispensación de metadona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Usuarios	2	3,3	4,5	4,5
	Algunos trabajadores	2	3,3	4,5	9,1
	Horario	3	5,0	6,8	15,9
	Falta de servicios	3	5,0	6,8	22,7
	Duración tratamiento	12	20,0	27,3	50,0
	Problemas recogida	6	10,0	13,6	63,6
	Frecuencia dispensación	8	13,3	18,2	81,8
	Continua consumo	5	8,3	11,4	93,2
	Otros	3	5,0	6,8	100,0
	Total	44	73,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	26,7		
Total		60	100,0		

El principal aspecto a mejorar es la duración del tratamiento, existe una percepción por parte de algunas personas usuarias de llevar años con la metadona y que de alguna manera siempre van a ser dependientes de ésta, cuando lo que les gustaría es dejar de consumir. Este hecho puede estar relacionado con que el 76% de las personas encuestadas manifiestan que han pensado en reducir su dosis en el último año, aunque no se disponen de datos de cuántas la han reducido.

“Lo peor es que siento que ahora estoy enganchado a esto” [usuario]

En relación a las altas terapéuticas, se producen cuando los profesionales evalúan al paciente y determinan que los objetivos individuales que se habían propuesto para ese paciente se han alcanzado. Los decalajes (reducción de la dosis de metadona con la intención de finalizar el tratamiento) se realizan en pocos usuarios hasta el final; los profesionales consideran que sería una cuestión a revisar y habría que hacer un esfuerzo en lograr un decalaje de la sustancia en más personas usuarias.

Las familias, en cambio, parecen disconformes:

“Son ellos los que tienen que decir `no quiero más`”

“Se la tienen que quitar poco a poco”, “es que a veces no se la pueden quitar...”

El otro aspecto a mejorar, que tiene que ver con el proceso, es la frecuencia de dispensación. Los usuarios que realizan una recogida diaria manifiestan su desagrado por este hecho que, como se ha señalado anteriormente, es una forma de control y seguimiento del caso.

En cuanto a la inclusión de alguna actividad en el programa, un 36% no contestan y un 28,3% manifiestan que no incluirían nada, es decir que no variarían el programa Ulises.

**¿Incluiría algo más en el programa de dispensación de metadona?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Horarios	2	3,3	5,3	5,3
	Cualificación profesionales	1	1,7	2,6	7,9
	Información	2	3,3	5,3	13,2
	Orientación laboral	2	3,3	5,3	18,4
	Sistema de dispensación	6	10,0	15,8	34,2
	Terapia individual	1	1,7	2,6	36,8
	Nada	17	28,3	44,7	81,6
	Otros	7	11,7	18,4	100,0
	Total	38	63,3	100,0	
Perdidos	Sistema	22	36,7		
Total		60	100,0		

Las sugerencias por parte de las personas usuarias sobre el proceso de dispensación se centran en un mayor control sobre la dosis y poder dejar de tomar metadona a largo plazo.

## Satisfacción de entidades y recursos vinculados al programa

- General

La satisfacción general con el programa es alta; se valora positivamente su trayectoria y la profesionalidad de los trabajadores, aunque se entiende que no es un programa de atención integral.

- Accesibilidad

En cuanto a la accesibilidad del programa, se señala especialmente la buena disposición para recibir sus demandas y tratar de dar cabida a la población derivada. Como punto negativo aparece el hecho de que el centro cierre los fines de semana, ya que puede suponer un problema al ser estos días los más críticos para los usuarios y en los que existen más posibilidades de consumir y/o de recaer en el consumo.

Así, se defiende que la dispensación de metadona debería tener un servicio de urgencias e incluirse en los servicios públicos de salud, o que siempre hubiese algún centro de guardia, especialmente en los días festivos, que son momentos de riesgo para esta población adicta. Pero deben ser espacios en los que trabaje profesional cualificado y además contengan toda la información del usuario o exista una buena coordinación entre los servicios en cuanto al historial de cada paciente.

“Hay chavales que llegan a urgencias con síndromes de abstinencia terribles y les dan un paracetamol... ¡un paracetamol!” [entidad vinculada]

“Cuando llegan a urgencias allí no saben la dosis de metadona que toman...” [entidad vinculada]

Las entidades relacionadas realizan una crítica general, aplicable también al programa, muchas veces por la urgencia o la necesidad -o porque entre los centros ya existe una amplia relación de confianza- y es que el protocolo más burocrático y por escrito se reduce en ocasiones a comentar los casos vía telefónica y enviar un fax con la

dosificación de metadona. Los informes psicosociales o médicos normalmente no se intercambian, aunque existan. Aunque siempre se facilitan cuando se demandan.

Los informes debe realizarlos el profesional que le corresponde dentro de cada centro (trabajador social), y por la saturación de trabajo esos informes que se realizan son de escasa calidad, ya que un buen informe de derivación de una persona usuaria requiere dedicación y tiempo, que demasiadas veces no se tiene.

“Cuesta convencerse de que en lo social, todo urgente, urgente ... no es” [entidad vinculada]

“Hay un problema de fondo gordo, y se intenta priorizar” [entidad vinculada]

De esta forma, parece existir una dicotomía entre la obligatoriedad o la pretensión del cumplimiento de protocolos formales para la derivación de personas usuarias, y la realidad cotidiana de urgencia y necesidad que requieren estos procesos. Esto afecta al conocimiento de los casos, ya que no se tiene toda la información de que se dispone a no ser que se demande específicamente. Al ser un problema común a todos los recursos afectan tanto a los derivadores como a los receptores.

### **Satisfacción de los profesionales del programa**

- Satisfacción general

La satisfacción de los profesionales con su puesto de trabajo es alta, así como con su implicación personal. La media de satisfacción con el programa es algo menor, el programa esta en fase de reestructuración y los profesionales manifiestan que hay aspectos del programa Ulises que podrían mejorarse.

“A ver, yo creo que a nivel general o a nivel global sí, luego hay que ver determinadas cosas o determinados casos más concretos” [profesional]

- Satisfacción con el proceso

En cuanto a la organización de la información consideran que haría falta mejorar en la organización física de la documentación relativa al programa: expedientes, fichas, carpetas ... e informatizar toda esta información.

“... Que no sólo sepa una persona cómo funciona todo esto ... sino que tengamos acceso dos o tres personas... y luego todo el tema de listas, registros... eso también ponerlo un poco al día, porque también con tanto movimiento de gente [de profesionales] sucede que viene alguien y lo organiza de una manera, se a, llega otro y lo organiza de otra... Habría que evitarse el trabajo inútil y el duplicar el trabajo y repetir las cosas” [profesional]

Como se ha señalado, los seguimientos se producen frecuentemente de manera informal y no son recogidos en ningún soporte. Examinados la totalidad de expedientes de las personas usuarias encontramos que no existe una homogeneidad sobre la información recogida, y para los casos que llevan un mayor tiempo en programa existe gran cantidad de información que no está actualizada. En los casos más recientes la información suele ser menor, sobre todo en los precedentes de derivaciones. Este hecho está en gran parte vinculado a aquellos perfiles de personas usuarias que desean simplemente que se les dispense la sustancia sin tener ninguna otra participación en el programa; sin embargo, como se ha indicado antes, las personas encuestadas valoran positivamente el conocimiento que los profesionales tienen de su caso y sus problemas. Aunque aparentemente ambas informaciones entren en conflicto, tienen una explicación, y es que tanto el seguimiento como la transmisión de información entre los profesionales se hace de manera informal.

“No hay una recogida de datos, y entonces esto a veces se pierde, qué pasa con toda esa información ... todo eso ha ido a una decadencia ... el tema de transcribir todo lo que se ha podido ir haciendo con todos los personas usuarias” [profesional]

“A veces tienes que sustituir, pasas un rato dispensando en la sala ... y si está la responsable le puedes preguntar, pero si no... a ver cómo sé yo la dosis” [profesional]

Como se ha comentado, la posibilidad de realizar otras actividades con las personas usuarias es un elemento de reflexión presente en el discurso de los profesionales; la atención integral desde un enfoque biopsicosocial es algo que preocupa, frente a lo que se presenta la realidad del perfil mayoritario de las personas usuarias.

“Un programa de metadona no es una caseta donde se dispense la metadona, es algo más, y resulta tan caro como lo que se conocía como un programa libre de drogas, porque necesitas el mismo equipo de gente .... Y yo creo que nunca hemos dispuesto de este asunto [recursos económicos suficientes]” [profesional]

“Faltaría recoger el seguimiento de cada paciente, pero como con la mayoría no se hace un trabajo directo de intervención ....”[profesional]

Los profesionales entrevistados comentan, en especial, dos aspectos referidos a cómo debe ser la intervención que ofrecen, y que se resume en estas citas:

“Muchas veces no exigimos más por no entrar en determinados conflictos con ellos” [profesional]

“Hay un puntito de querer ser salvadores de la vida de los demás ... que eso es complejo de lidiar con uno mismo, ¿no? A veces eso nos lleva a meter la pata, porque a veces un proceso de rehabilitación debería tener fecha de término y nosotros nos empeñamos “es que puede hacer un poco más”, y eso puede acabar estropeándolo todo ... “[profesional]

Otra realidad que se observa es que mucha veces la persona usuaria solo acude a que, le proporcionen su dosis correspondiente sin conocer el programa completo, por eso es responsabilidad de los profesionales hacer llegar el contenido, los objetivos y todas las actividades a las que pueden optar en el programa al que se van a someter ya que, según las entidades, a veces son los propios profesionales los que pierden el objetivo y el enfoque del trabajo.

- Satisfacción con la organización del trabajo

El personal técnico explica que hay un buen clima de trabajo, que existe la solidaridad y el compañerismo cuando se trata de ayudarse mutuamente en el terreno laboral del día a día.

“Hemos peleado todos para que este programa saliese adelante, y nos hemos quitado de otras cosas para estar” [profesional]

En cuanto a la necesidad de que todos los profesionales del centro de tratamiento Manuela Sancho tengan conocimientos sobre todos los programas que se realizan, también existe diversidad de opiniones, ya que hay quien opina que es positivo que “todo el mundo sepa de todo”, porque además de ayudar a los compañeros de otros programas es más posible, mas efectiva y se realiza de forma correcta, esto puede ayudar a aplicar aspectos positivos de un área a otra. Otros profesionales, sin embargo, opinan que cada uno debe tener claro cuál es su tarea y dedicarse a ello, para favorecer una correcta organización interna.

“yo creo que tiene que haber gente solo para el Ulises” [profesional]

“La realidad de los adictos no es sólo la realidad de los heroinómanos, ni la de los una alcohólicos, ni la de los cocainómanos ... es una realidad más diversa que tiene que ver con los perfiles, con las familias, los hijos... si no entiendes de eso pues entiende solamente de apretar unas tuercas, pero no entiendes de una trayectoria.. Y además, es que lo que ves en un sitio puede ayudar en otro.. y si piensas en circunstancias circunscritas a un trocito de realidad pues no va a poder ser de esta manera...”[profesional]

“Yo llevaba a alguien en diagnóstico y a lo mejor se lo he pasado a una compañera, y yo sigo llevando también a la mujer... entonces es un caso que compartimos entre 4 o 5 personas, con lo cual te da una amplitud, una visión amplia” [profesional]

“Lo que ocurre ahora es que hay personas más encargadas y otras que sustituyen de manera muy puntual... y metadona tiene que estar cubierto siempre...”[profesional]

Está reflexión surge debido a que en un principio los profesionales del programa Ulises desempeñaban funciones en otros programas y a la inversa. La aparición del programa Altair hizo que los profesionales se dividieran “informalmente” en dos equipos.

“Hace siete años estábamos (...)y lo que se hace es que se unifica para centralizar a todos los profesionales en el Ulises, y como viene mucha gente con el tema de cocaína

los profesionales echan una mano. Y ahí es cuando se diferencian los profesionales para Altair<sup>17</sup>...”[profesional]

En cuanto a la carga de trabajo las opiniones son heterogéneas. Algunos comentan que “se intenta compensar”, y otros explican que la carga de trabajo que soportan los profesionales es desigual. Hasta hace tres meses (mes de julio del 2008 aproximadamente) no se había planteado una organización estructurada, y cuando el trabajo en el centro se dividió por áreas cada profesional comenzó a asumir la tarea que le corresponde con su perfil. De todas formas, los profesionales que llevan más tiempo en el centro y conocen mejor todos los aspectos internos, asumen la responsabilidad de varias tareas que sobre cargan su jornada diaria.

“Pues yo sí creo que el trabajo queda bastante compensado en esta nueva organización del trabajo por áreas, porque antes tú cogías a un usuario en la primera entrevista y no lo soltabas hasta que se le daba el alta o abandonaba...”[profesional]

“El programa Ulises es el menos valorado dentro del centro, el más desagradecido...” [profesional]

Hay divergencia de opiniones entre quienes creen que para evitar estas sobrecargas de tarea simplemente habría que organizar mejor al equipo que ya existe, y quienes piensan que, además de eso, debería reforzarse la plantilla con personal que sirvieran de apoyo a las personas que desempeñan diversas tareas en el centro, y señalan que sería necesario contar con otra persona en enfermería y alguna que realizara un trabajo multidisciplinar.

Uno de los factores que influyen tanto en la organización del trabajo como en la carga de trabajo está relacionado con la financiación del programa y será abordado con más detalle en el capítulo de eficiencia.

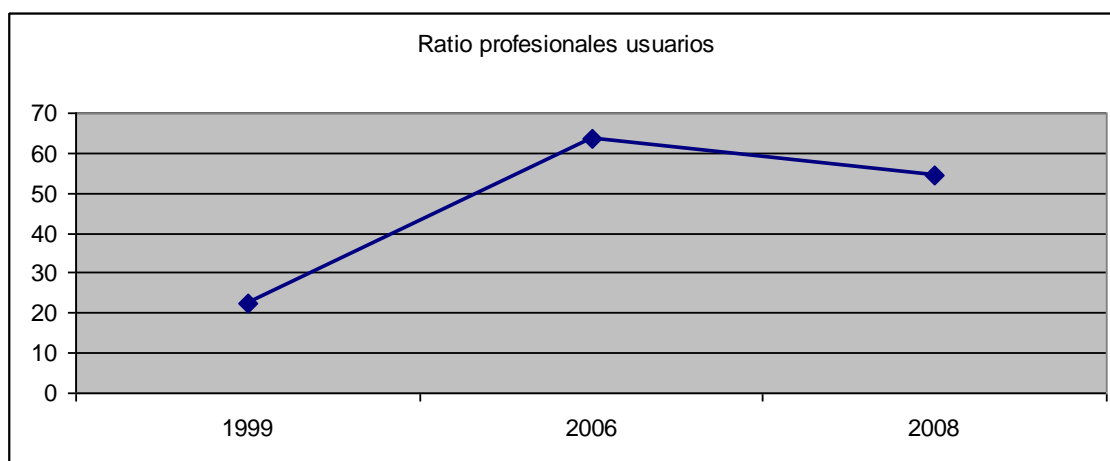
“Yo creo que el programa de metadona ha tenido menos recursos, con lo cual todo ha recaído sobre las personas que participaban en el programa” [profesional]

---

<sup>17</sup> Programa Altair: Dirigido a personas mayores de 25 años, que han asociado a su estilo de vida el consumo de psicoestimulantes y cuyo uso resulta problemático. Programa ambulatorio ubicado en el Centro de Tratamiento a las Adicciones.

## EFICIENCIA

Observando la evolución del equipo del programa comparada con la población atendida, como podemos ver en el gráfico inferior, el número de usuarios por profesional técnico del programa ha aumentado según ha avanzado el programa.



\*Fuente: Memorias CSZ

El equipo ha ido aumentando su eficiencia adaptándose al creciente número de usuarios sin ser reforzado.

“Estuvimos mucho tiempo con 50 solo. Había una enfermera a media jornada, ella  $\frac{3}{4}$  de jornada, y luego otra persona completa. Para 50 pacientes había muchos profesionales”.  
[profesional]

El perfil de los profesionales también ha variado con el tiempo. Si en 1999 el personal directamente implicado en el programa lo componían un médico, dos educadores y una enfermera, en la actualidad la figura de la enfermera ha desaparecido y dos educadores compatibilizan el apoyo para la dispensación con otras labores. Este cambio de perfil afecta al programa y está relacionado con los recursos disponibles. La ausencia de enfermera ha provocado un aumento de la carga de trabajo de otros profesionales. Las características del puesto están limitadas por el presupuesto y se cree que no son suficientemente atractivas, por lo cual es un puesto difícil de cubrir y con alta rotación.

“Es un problema de jornada (es poco media jornada) y de sueldo” [profesional]

El número de personas atendidas al día ronda las 20, solamente para dispensación. Para visita médica o entrevistas depende del día. El equipo plantea un refuerzo del personal.

“En cuanto a personal haría falta dos personas”. [profesional]

“Yo creo que el programa de metadona ha tenido menos recursos, con lo cual todo ha recaído sobre las personas que participaban en el programa” [profesional]

### **IMPACTO**

La repercusión social de los programa con mantenimiento de metadona se suele medir referida esencialmente a la reducción de la conflictividad social y a la protección de la salud pública.

“El índice de delincuencia con la implantación de los programas de metadona ha disminuido. Luego, en cuanto a lo que es el contagio de infecciones infecto contagiosas, el VIH, eso también ha descendido” [profesional]

En cuanto a ambos indicadores, el programa Ulises ha tenido un impacto positivo debido a la percepción de cambios en el estilo de vida y capacidad de autocuidado de sus participantes así como del seguimiento médico del que son objeto.

Pero más allá, el programa Ulises no cuenta con impacto social extenso, en el sentido de que se trate de un servicio que pueda interesar más allá de los usuarios y usuarias, personas cercanas a esta situación o a los profesionales más implicados.

“La metadona no le interesa a nadie. Hay 70.000 personas tomando metadona en el estado español que no le interesan a nadie... ¿cómo vas a plantear la repercusión social de esto?”[profesional]

“¿Qué pasaría si mañana dejásemos de dar metadona? Pues lo curioso es que yo creo que no pasaría nada... no se manifestarían por las calles de Zaragoza diciendo “por favor, necesitamos nuestro tratamiento”[profesional]

“Pues, por ejemplo... yo, hasta que entré a trabajar aquí, no sabía que había un servicio de dispensación de metadona en Zaragoza. Entonces, yo creo que a lo mejor se conocerá en los círculos en los que se tenga que conocer”[profesional]

“Yo creo que a nivel genérico no es muy conocido, aunque sería bueno que se diese a conocer a todo el mundo” [entidad vinculada]

En un principio al no ser un programa dirigido a la totalidad de la población, como pueden ser aquellos vinculados a la prevención de drogodependencias, este hecho no cobra demasiada importancia por lo que nos detendremos en su difusión entre los recursos derivadores.

“A nivel de Salud si creo porque yo creo que están bastante informados los centros de salud mental como los centros de primaria. A nosotros nos vienen derivados todos de allí Y al que viene voluntariamente le hacemos ir a su médico de atención primaria o salud mental, para que venga de una manera pues.. Sepa y que se responsabilicen luego de un contacto posterior o de un seguimiento. Y entonces si que, la red de salud si que sabe como derivarlos.. Que para una parte es buena y para la otra también. [entidad vinculada]

Encontramos entre los profesionales sanitarios una visibilidad desigual del programa.

“sí, aquí lo conocen todos... Bueno, el hospital, si ponemos el hospital ya me imagino que no, si que es del servicio, sí. En algunas otras plantas y algunos servicios puntualmente alguna persona si que conocerá. Desde el punto de vista de psiquiatría, alguna persona igual de medicina interna, pero no creo que sea muy conocido en general, no creo... Salvo algún médico concreto que por el tipo de paciente sea.... [entidad vinculada]

## CONCLUSIONES:

Pese a la década transcurrida desde su puesta en marcha, la **pertinencia** del programa Ulises sigue intacta, hecho que constatan tanto el número de personas participantes en el programa, como la demanda de plazas y la visión del resto de entidades vinculadas al programa, que además consideran que éste aporta un añadido al tratamiento de mantenimiento con metadona fruto del bagaje del CSZ al que pertenece.

Durante estos diez años el **número de personas usuarias** ha ido aumentando consolidándose un perfil semejante al del resto de programas de mantenimiento con metadona a nivel estatal.

- Hombre
- Entre 35 y 45 años
- Con larga trayectoria de consumo
- Con deterioro social y físico
- Bajo nivel de formación
- Con un porcentaje de patología dual cercano el 25%.

El **diseño del programa** ha ido evolucionando durante este tiempo partiendo de una formulación de un programa de exigencia alta con actividades complementarias, controles de consumo y participación de las familias, a un programa donde se conjugan diversos niveles de exigencia pero predomina el umbral bajo. Las actividades complementarias han desaparecido y la participación de las familias ha disminuido, según el personal del programa por una adaptación al perfil de los participantes que no demandaban este tipo de actuaciones. Pese a este hecho formal de desaparición de actividades se desarrolla una atención compleja siempre a demanda de la persona usuaria, con especial atención al aspecto médico.

El programa se muestra eficaz y ha cumplido su objetivo principal de retención de las personas usuarias como medio para estabilizar su situación y producir mejoras en sus condiciones de vida y de salud. Pero en cuanto a la atención integral desde el punto de

vista biopsicosocial los objetivos que se planteaban se logran de forma desigual al transformarse y reducirse sus actividades. Actualmente nos encontramos ante un servicio de dispensación que ofrece un seguimiento médico y un apoyo profesional a aquellas personas usuarias y familias que así lo demanden. Así lo visualizan también las entidades vinculadas al programa.

Existe un déficit de recopilación de información vinculado al tránsito de programa de intervención a servicio de dispensación con apoyo complementario. La información recopilada sobre el seguimiento de las personas usuarias es desigual y formalmente no está actualizada, aunque se recoge de manera verbal e informal. El sentido de la recopilación de esta información está vinculada al nivel de atención que se preste desde el servicio.

En cuanto al [nivel de satisfacción y la calidad del servicio](#), este está muy bien valorado tanto por las familias como por las personas usuarias, con especial mención al personal del programa. Las entidades vinculadas al programa manifiestan una elevada satisfacción con el mismo, destacando la disponibilidad y accesibilidad de sus profesionales. La satisfacción de sus profesionales es alta con sus puestos de trabajo y destacable respecto al programa. Existe una inquietud respecto a la formulación del programa y la suficiencia de lo llevado a cabo, así como una reflexión sobre el perfil de las personas usuarias y la adecuación es este del servicio.

El programa se muestra como un programa eficiente, que ha evolucionado con el tiempo haciéndose capaz de atender el aumento de personas participantes sin un refuerzo de plantilla. En la actualidad el servicio se encuentra al máximo de su capacidad con la plantilla de trabajadores disponibles, con un riesgo de sobrecarga del equipo, que demanda un refuerzo de personal con la figura explícita de una persona cualificada como enfermera.

La [sostenibilidad del programa](#) se basa en el mantenimiento del acuerdo con el Gobierno de Aragón por el cual el programa no tiene problemas de sostenibilidad a medio plazo.

En cuanto al [impacto del programa](#) en la sociedad aragonesa, se tienen indicios de que este ha sido positivo en la medida en que su población usuaria se adhiere al tratamiento

manifestando cambios tanto en su estilo de vida como en su estado de salud. No posee visibilidad entre la población general aunque tampoco es su objetivo; sí es visible entre los recursos específicos relacionados aunque su conocimiento entre los recursos sanitarios de atención primaria como programa podría mejorarse.

## **RECOMENDACIONES:**

El principal objeto de revisión del programa debe ser la **formulación** del mismo, con el objeto de que el nuevo diseño se ajuste a lo desarrollado por el programa en la actualidad sin perder de vista las exigencias y cambios que exigirá la visión del mismo dentro de la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones.

Por un lado debe rediseñarse el programa revisando tanto el objetivo general como los objetivos secundarios, en busca del acuerdo de todo el equipo sobre los objetivos que se buscan conseguir con cada una de las acciones y servicios del programa, de forma que quede claro cuáles son los objetivos prioritarios y secundarios del programa. Una definición clara del programa proporciona un marco de referencia a la acción en el que el equipo técnico puede apoyarse y sirva de referente a la hora de diseñar nuevas acciones.

En función de los **objetivos del programa** se debe reflexionar y consensuar el abanico de actividades y servicios que se ofertan de tal manera que estos queden plasmados en un programa y compongan un catalogo de servicios claro y estructurado. Para ello es básico que las actividades que se han puesto en marcha recientemente vinculadas a la educación para la salud, la acupuntura como apoyo en el decalaje o la oferta de bebida caliente para aquellos usuarios con mayor frecuencia de visita al centro, sean recogidas formalmente tanto en periodicidad como en contenidos.

La decisión sobre el desarrollo de **actividades complementarias** al proceso de dispensación ha de consensuarse teniendo como referente la carga de trabajo del equipo pero también los objetivos del programa. Para ello toda actividad debe referirse a un objetivo concreto con un perfil de población definida y unas actividades adecuadas a dicho perfil. Si la actividad grupal se mantiene como línea prioritaria la realización de grupos pequeños con un objetivo muy concreto y de corta duración se plantea como idea desde el propio equipo. Dado el perfil de larga trayectoria de las personas usuarias con momentos de mayor y menor implicación, el hecho de que un individuo en un momento determinado no desee participar en ninguna actividad no implica que en otro momento si se encuentre preparado para realizarla.

El [papel de las familias](#) ha de consensuarse así como todas las acciones que se desarrollen con ellas, desde el asesoramiento individual hasta la atención telefónica, han de recogerse e incorporarse a la programación, ya sea realicen de manera permanente o puntual.

De la misma forma el [proceso de dispensación](#) como actividad del programa debe ser revisado el procedimiento a seguir sobre la rigidez de las citas individuales para dispensación con el fin de que exista una referencia clara evitando el riesgo de aglomeración si el aumento de personas usuarias por la nueva organización territorial del servicio se produce. De igual forma si se estipula el abandono de consumo de otras sustancias como objetivo las formas de control de consumo deberán seguir un protocolo según el perfil del individuo y el consenso técnico.

El objetivo final de las recomendaciones anteriores es la producción de una nueva programación escrita donde queden registrados y explicitados tanto los objetivos del programa como el itinerario que pueden seguir las personas participantes como los servicios ofertados. Las decisiones sobre actividades a desarrollar y el catálogo de servicios proporcionarán una potenciación de la visibilización externa de recursos facilitando su difusión y el conocimiento que de él tenga tanto la administración, como los recursos vinculados y las personas usuarias y familias; así también se facilitará la labor de nuevos profesionales (prácticas, becas, nuevas incorporaciones) proporcionándoles un referente claro y estructurado de acción

Las actividades establecidas en función de los objetivos así como la organización del trabajo pasado un tiempo prudencial desde la puesta en marcha del convenio pueden producir la necesidad de introducción de nuevos perfiles profesionales o un refuerzo del personal existente, por ello es conveniente [clarificar las funciones](#) de cada una de las y los profesionales, con el fin de establecer una división de funciones y un referente claro y gráfico de actuación en el caso de la incorporación de nuevos profesionales.

Reorganización del [sistema de información de los profesionales](#) y usuarios, con el objeto de agilizar el traslado de información entre profesionales pero también de poder hacer más eficiente el traslado de información con otros recursos en el caso de derivación. Para ello se debe priorizar y estructurar la recogida de información que se

considere relevante exclusivamente, de manera que se maximice el esfuerzo de las y los profesionales del programa recogiendo información que sea útil para su actividad diaria pero no signifique una carga de trabajo excesiva que les dificulte su labor. No hay que olvidar que la información recogida debe aportar datos sobre el funcionamiento global del programa y por tanto de los objetivos del mismo. Por ejemplo, si uno de los objetivos del programa fuera la progresiva reducción del consumo de metadona, saber el número de personas que han ido reduciendo su dosis de metadona, sería un adecuado indicador. La puesta en marcha del nuevo sistema informático que se está llevando a cabo abre una excelente posibilidad de establecer indicadores para su recogida.

Por último, la nueva situación hace necesaria la puesta en marcha de una [estrategia de inserción en la red de recursos](#) con especial hincapié en aquellos recursos comunitarios de la zona asignada. Tanto recursos derivadores al programa (centros de salud, unidades de salud mental, centros de prevención comunitaria) como hacia los que el programa pueda derivar (servicios sociales, programas de empleo...etc.). El programa cuenta para su difusión con un respaldo que es su pertenencia al Centro de Solidaridad, que es conocido a nivel global. La existencia de una programación clara y un catálogo de servicios así como de algún material de difusión (folleto, catalogo) puede ayudar a una mayor presencia y difusión entre profesionales vinculados.

Aprovechando la oportunidad que se abre a partir del acuerdo con el Gobierno de Aragón que permite una estabilidad económica a medio plazo y supone una oportunidad para incorporar las reflexiones y modificaciones del programa iniciando una nueva etapa del mismo.

**Anexos:**

## *Anexo 1 : Análisis descriptivo Cuestionario Satisfacción*

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA USUARIOS Y USUARIAS DE PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO DE METADONA EN CENTROS AMBULATORIOS**

Encuestadas 60 de las 218 personas que utilizan el programa en Diciembre de 2008, lo que supone a un nivel de confianza del 95% un error del 10%.

#### **Pregunta 1:**

##### **Utilidad programa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	1	1,7	1,7	1,7
	Ni buena ni mala	3	5,0	5,0	6,7
	Buena	33	55,0	55,0	61,7
	Muy buena	23	38,3	38,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 93% de las personas encuestadas valoran positivamente la utilidad del programa

#### **Pregunta 2:**

##### **Valoración del personal**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,7	1,7
	Ni buena ni mala	2	3,3	3,3	5,0
	Buena	24	40,0	40,0	45,0
	Muy buena	33	55,0	55,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 95% de las personas encuestadas valoran como “buena” o “muy buena” a las personas que los atiende.

**Pregunta 3:****Valoración trato de profesionales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,7	1,7
	Mala	2	3,3	3,4	5,1
	Ni buena ni mala	7	11,7	11,9	16,9
	Buena	12	20,0	20,3	37,3
	Muy buena	37	61,7	62,7	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		60	100,0		

Un 61,7% de las personas encuestadas consideran que el trato recibido por parte de los profesionales del programa es muy bueno.

**Pregunta 4:****Valoración del centro (horarios, limpieza, ubicación...)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,7	1,7
	Mala	1	1,7	1,7	3,3
	Ni buena ni mala	1	1,7	1,7	5,0
	Buena	24	40,0	40,0	45,0
	Muy buena	33	55,0	55,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Igualmente, un 90% de las personas valoran de forma positiva las condiciones del centro, (como la ubicación, los horarios, la limpieza...).

**Pregunta 5:****Valoración facilidad proceso dispensación metadona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala	1	1,7	1,8	1,8
	Ni buena ni mala	2	3,3	3,5	5,3
	Buena	32	53,3	56,1	61,4
	Muy buena	22	36,7	38,6	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

De las personas que han contestado a esta pregunta, el 90% valora positivamente la facilidad del proceso de dispensación de metadona.

**Pregunta 6:****Valoración horarios dispensación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ni buena ni mala	4	6,7	7,0	7,0
	Buena	35	58,3	61,4	68,4
	Muy buena	18	30,0	31,6	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

De las personas que respondieron, un 88% cree que los horarios de dispensación son adecuados.

**Pregunta 7:**

**Compatibilidad horarios con resto actividades cotidianas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	55	91,7	94,8	94,8
	No	3	5,0	5,2	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

Un 91,7% puede compatibilizar los horarios de recogida de la metadona con sus otras actividades diarias.

**Pregunta 8:**

**Espera cuando va recoger la dosis**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	11,7	12,5	12,5
	Menos de 5 minutos	36	60,0	64,3	76,8
	Entre 5-10minutos	8	13,3	14,3	91,1
	Entre 11 y 15 minutos	3	5,0	5,4	96,4
	Entre 15 y 20 minutos	1	1,7	1,8	98,2
	Más de 30 minutos	1	1,7	1,8	100,0
	Total	56	93,3	100,0	
Perdidos	Sistema	4	6,7		
Total		60	100,0		

El 87,5% espera para recoger su dosis, pero en un 60% de los casos la espera es inferior a 5 minutos.

**Pregunta 9:**

**Conocimiento de sus problemas por los profesionales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	2	3,3	3,4	3,4
	Ni buena ni mala	11	18,3	19,0	22,4
	Buena	27	45,0	46,6	69,0
	Muy buena	18	30,0	31,0	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

La valoración del conocimiento de sus problemas por parte del personal que les atiende en el centro es positiva para un 75% de las personas entrevistadas.

**Pregunta 10:****Eficacia del programa para solucionar sus problemas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ni buena ni mala	7	11,7	12,3	12,3
	Buena	25	41,7	43,9	56,1
	Muy buena	25	41,7	43,9	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

Un 83,4%% de las personas entrevistadas consideran “buena” o “muy buena” la eficacia del programa para resolver sus problemas

**Pregunta 11:****Actividades para mejorar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sólo recoger dosis	20	33,3	36,4	36,4
	Participar en más actividades	35	58,3	63,6	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	8,3		
Total		60	100,0		

Un 58% de las personas encuestadas que respondieron a esta pregunta piensan que para mejorar en su proceso global de rehabilitación deben participar en más actividades complementarias a la recogida de la metadona, aunque un 33% piensa que con recoger la sustancia basta.

**Pregunta 12:****Impresión sobre la asistencia recibida**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,8	1,8
	Mala	1	1,7	1,8	3,5
	Ni buena ni mala	2	3,3	3,5	7,0
	Buena	28	46,7	49,1	56,1
	Muy buena	25	41,7	43,9	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

De las personas que ha contestado, son mayoría (93%) las que tienen una impresión “buena” o “muy buena” sobre la asistencia que han recibido.

**Actividades:**

		Recuento	% del N de la columna
Actividades	Actividad en programa: entrevista individual	27	48,2%
	Actividad en programa: entrevista en grupo	15	26,8%
	Actividad en programa: orientación laboral	3	5,4%
	Actividad en programa: entrevista con médico	31	55,4%
	Actividad en programa: taller de ocio	1	1,8%
	Actividad en programa: sólo vengo a por metadona	12	21,4%
	Total	56	100,0%

Las actividades en que un mayor número de personas encuestadas participa son entrevistas con médico y entrevistas individuales. Un 21% sólo viene a recoger sus dosis.

Pese a ello un 51,7% no participa en entrevistas individuales, un 74% no participa en actividades en grupos, un 45% no sostiene entrevista con el médico.

**Pregunta 13:****Mejora de relaciones familiares y personales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	48	80,0	81,4	81,4
	No	11	18,3	18,6	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		60	100,0		

Un 80% manifiesta haber mejorado sus relaciones familiares y sociales.

**Pregunta 14:****Mejora en su propio cuidado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	52	86,7	89,7	89,7
	No	6	10,0	10,3	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

Un 86,7 % expresa ha mejorado la capacidad de cuidarse a si mismo/a.

**Pregunta 15:****Mejora de las actividades de la vida cotidiana**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	48	80,0	82,8	82,8
	No	10	16,7	17,2	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,3		
Total		60	100,0		

De las personas que han respondido, el 82,8% manifiestan que han mejorado en su capacidad, habilidad y destreza realizando actividades necesarias del día a día.

**Pregunta 16:****Ha encontrado actividades de ocio o recuperado antiguas aficiones**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	44	73,3	74,6	74,6
	No	15	25,0	25,4	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		60	100,0		

Del total de las personas que han respondido, más de la mitad (74,6%) han encontrado o recuperado antiguas actividades de ocio.

**Pregunta 17:****Discreción de los profesionales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mala	1	1,7	1,7	1,7
	Mala	1	1,7	1,7	3,4
	Ni buena ni mala	2	3,3	3,4	6,8
	Buena	19	31,7	32,2	39,0
	Muy buena	36	60,0	61,0	100,0
Total		59	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		60	100,0		

Un 91,7% de las personas que respondieron a esta pregunta valoran como “buena” o “muy buena” la discreción de los profesionales.

**Pregunta 18:****Situación laboral**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabajo	16	26,7	28,1	28,1
	No trabajo	41	68,3	71,9	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

Un 68,3% de las personas encuestadas no trabajan.

**De las personas que trabajan....****Tabla de contingencia Tipo de contrato \* Situación laboral**

			Situación laboral	
			Trabajo	Total
Tipo de contrato	Con contrato	Recuento	13	13
		% de Situación laboral	81,3%	81,3%
		Residuos corregidos	.	
Autónomo	Autónomo	Recuento	3	3
		% de Situación laboral	18,8%	18,8%
		Residuos corregidos	.	
Total		Recuento	16	16
		% de Situación laboral	100,0%	100,0%

De las personas que trabajan, y que contestaron esta pregunta, el 81,3% tienen contrato.

**De las personas que no trabajan...**

**Tabla de contingencia Situación de no trabajo \* Situación laboral**

			Situación laboral	
			No trabajo	Total
Situación de no trabajo	Buscando empleo con paro	Recuento	11	11
		% de Situación laboral	28,2%	28,2%
		Residuos corregidos	.	
	Buscando empleo sin paro	Recuento	12	12
		% de Situación laboral	30,8%	30,8%
		Residuos corregidos	.	
	De baja	Recuento	6	6
		% de Situación laboral	15,4%	15,4%
		Residuos corregidos	.	
	Jubilado/a con pensión	Recuento	4	4
		% de Situación laboral	10,3%	10,3%
		Residuos corregidos	.	
No estoy buscando trabajo y no recibo ayudas	Recuento	6	6	
	% de Situación laboral	15,4%	15,4%	
	Residuos corregidos	.		
Total	Recuento	39	39	
	% de Situación laboral	100,0%	100,0%	

De las personas que no trabajan y que contestaron a esta pregunta, un 30,8% están buscando empleo sin el respaldo de la prestación por desempleo y un 15,4% se encuentra sin empleo, sin búsqueda del mismo y no percibe ayudas.

**Pregunta 19:**

**Si no tenía empleo al entrar en programa....**

**Si NO tenía empleo al entrar en el programa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	He encontrado trabajo fijo	9	15,0	20,5	20,5
	He encontrado trabajo temporal	7	11,7	15,9	36,4
	Me he puesto a buscar trabajo	7	11,7	15,9	52,3
	No tengo trabajo	9	15,0	20,5	72,7
	Otras	12	20,0	27,3	100,0
	Total	44	73,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	26,7		
Total		60	100,0		

De las personas que estaba en paro al ingresar en el programa, y que han respondido a esta pregunta, un 36,4% ha encontrado trabajo.

## Si tenía empleo...

**Si Sí tenía empleo al entrar en el programa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	He mejorado en mi trabajo	5	8,3	31,3	31,3
	He dejado mi anterior trabajo por otro mejor	2	3,3	12,5	43,8
	No he notado ningún cambio en el aspecto laboral	8	13,3	50,0	93,8
	He perdido mi empleo	1	1,7	6,3	100,0
	Total	16	26,7	100,0	
Perdidos	Sistema	44	73,3		
Total		60	100,0		

De las personas que sí tenían empleo al entrar en el programa de mantenimiento con metadona, y que han respondido a esta pregunta, la mayoría (63,3%) no ha notado ningún cambio en el aspecto laboral.

## Pregunta 20:

**Tabla de contingencia (SOLO SI TIENE TRABAJO) Problemas de compatibilidad de horario recogida metadona con horario laboral \* Situación laboral**

			Situación laboral	
			Trabajo	Total
(SOLO SI TIENE TRABAJO) Problemas de compatibilidad de horario recogida metadona con horario laboral	Si	Recuento	3	3
		% de Situación laboral	18,8%	18,8%
		Residuos corregidos	.	
	No	Recuento	13	13
		% de Situación laboral	81,3%	81,3%
		Residuos corregidos	.	
Total		Recuento	16	16
		% de Situación laboral	100,0%	100,0%

De las personas que sí trabajan y han contestado a esta pregunta, la gran mayoría (81,3%) manifiestan poder compatibilizar el horario de recogida de la dosis con su horario laboral.

**Pregunta 21:****Mi situación en la actualidad por ingreso en el programa**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	He mejorado mucho y voy a salir de esta situación completamente	12	20,0	21,8	21,8
	He mejorado bastante y soy optimista con el futuro	20	33,3	36,4	58,2
	Estoy mejor pero me falta tiempo para mi recuperación total	17	28,3	30,9	89,1
	No me aclaro, no sé si estoy bien mal, y lo que necesito	2	3,3	3,6	92,7
	No he superado mis problemas y sigo necesitando de la ayuda	4	6,7	7,3	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	8,3		
	Total	60	100,0		

Un 89% de las personas que contestan a esta pregunta han experimentado mejoría en su estado a raíz de su ingreso en el programa Ulises. De la totalidad de personas que han respondido esta pregunta, el 36,4% cree que ha mejorado bastante y se siente optimista con su futuro. Un 30,9% ha experimentado mejoría pero cree que le falta tiempo todavía para su recuperación total.

**Pregunta 22:****Lo mejor del programa de dispensación de metadona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Profesionales	31	51,7	62,0	62,0
	Proceso	12	20,0	24,0	86,0
	Cambios en consumo	4	6,7	8,0	94,0
	Situación personal	2	3,3	4,0	98,0
	Otros	1	1,7	2,0	100,0
	Total	50	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	10	16,7		
	Total	60	100,0		

De las personas que respondieron a esta pregunta, un 51,7% piensan que lo mejor del programa de tratamiento con metadona son los profesionales del centro, especialmente el trato que ofrecen a los usuarios y usuarias. Seguidamente, el porcentaje de las personas que cree que lo mejor del programa de metadona es el proceso de dispensación

(la dosis que reciben, la utilidad de la metadona, los horarios de atención, que sea un servicio gratuito).

**Pregunta 23:**

**Lo peor del programa de dispensación de metadona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Usuarios	2	3,3	4,5	4,5
	Algunos trabajadores	2	3,3	4,5	9,1
	Horario	3	5,0	6,8	15,9
	Falta de servicios	3	5,0	6,8	22,7
	Duración tratamiento	12	20,0	27,3	50,0
	Problemas recogida	6	10,0	13,6	63,6
	Frecuencia dispensación	8	13,3	18,2	81,8
	Continua consumo	5	8,3	11,4	93,2
	Otros	3	5,0	6,8	100,0
	Total	44	73,3	100,0	
Perdidos	Sistema	16	26,7		
Total		60	100,0		

Las personas que contestaron a esta pregunta creen que, entre los aspectos que deberían mejorarse del programa, están la duración del tratamiento y la frecuencia de dispensación, fundamentalmente en los casos en que han acudido o acuden a diario.

**Pregunta 24:**

**¿Incluiría algo más en el programa de dispensación de metadona?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Horarios	2	3,3	5,3	5,3
	Cualificación profesionales	1	1,7	2,6	7,9
	Información	2	3,3	5,3	13,2
	Orientación laboral	2	3,3	5,3	18,4
	Sistema de dispensación	6	10,0	15,8	34,2
	Terapia individual	1	1,7	2,6	36,8
	Nada	17	28,3	44,7	81,6
	Otros	7	11,7	18,4	100,0
	Total	38	63,3	100,0	
Perdidos	Sistema	22	36,7		
Total		60	100,0		

De entre las cosas que incluirían en el programa las personas que han respondido a esta pregunta, se encuentran la mejora el sistema de dispensación (las infraestructuras, la duración del tratamiento...). Pero el 28% no influiría nada más.

**Pregunta 25:****SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	45	75,0	75,0	75,0
	Mujer	15	25,0	25,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

De las 60 personas que respondieron los cuestionarios, 45 son hombres y 15 mujeres.

**Pregunta 26:****Estadísticos****EDAD**

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
60	0	37,07	40	6,694

La edad media de las personas encuestadas se sitúa en torno a los 37 años, estando un 50% de las personas entrevistadas entre los 35 y los 45 años.

**Pregunta 27:****NACIONALIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Española	56	93,3	94,9	94,9
	Unión Europea	2	3,3	3,4	98,3
	Europa del Este	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		60	100,0		

La mayoría de las personas encuestadas 93% tienen nacionalidad española.

**Pregunta 28:****ESTADO CIVIL**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	28	46,7	46,7	46,7
	Casado/a	7	11,7	11,7	58,3
	Viviendo en pareja	11	18,3	18,3	76,7
	Separado/divorciado	10	16,7	16,7	93,3
	Viudo/a	4	6,7	6,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

El 70% de las personas encuestadas no tienen pareja.

**Pregunta 29:****HIJOS/AS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	27	45,0	45,8	45,8
	No	32	53,3	54,2	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		60	100,0		

De las personas que respondieron a esta pregunta la mitad tiene descendencia, pero casi el mismo porcentaje no la tiene.

**Pregunta 29bis:**

**Tabla de contingencia Número de hijos/as \* HIJOS/AS**

		HIJOS/AS	
		Si	Total
Número de hijos/as	1	Recuento	17
		% de HIJOS/AS	63,0%
		Residuos corregidos	.
2	Recuento	8	8
	% de HIJOS/AS	29,6%	29,6%
	Residuos corregidos	.	
3	Recuento	1	1
	% de HIJOS/AS	3,7%	3,7%
	Residuos corregidos	.	
4	Recuento	1	1
	% de HIJOS/AS	3,7%	3,7%
	Residuos corregidos	.	
Total	Recuento	27	27
	% de HIJOS/AS	100,0%	100,0%

La mayoría de las personas encuestadas tienen un solo hijo o hija.

**Pregunta 30:**

**Nivel de estudios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Fui al colegio pero no lo acabé	12	20,0	21,8	21,8
	Graduado Escolar	25	41,7	45,5	67,3
	BUP/ESO/ESO/ FP completo	3	5,0	5,5	72,7
	Bachillrato/COU	1	1,7	1,8	74,5
	FPI (Grado medio)	7	11,7	12,7	87,3
	FPII (Grado superior)	2	3,3	3,6	90,9
	Diplomatura	3	5,0	5,5	96,4
	Licenciatura	2	3,3	3,6	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Perdidos	Sistema	5	8,3		
Total		60	100,0		

De las personas que respondieron a esa pregunta, la mayoría cuenta con el Graduado Escolar, aunque un 20% no acabó la Educación Obligatoria<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Este dato ha de contemplarse con precaución. Al referirse a una muestra no aleatoria, es probable que hayan accedido con mayor facilidad a contestar el cuestionario aquellas personas con mayor nivel académico o de lecto-escritura.

**Pregunta 31:****Estadísticos**

Años de consumo		Media	Moda	Desv. típ.
N				
Válidos	Perdidos			
53	7	14,13	20	7,741

La media de años de consumo ronda los 16, siendo el tiempo de consumo más frecuente 20 años. Si lo comparamos con su edad actual encontramos que la mayoría comenzó a consumir en torno a los 16-20 años.

**Pregunta 32:****Participación en otros programas de dispensación de metadona**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	40	66,7	71,4	71,4
	No	16	26,7	28,6	100,0
	Total	56	93,3	100,0	
Perdidos	Sistema	4	6,7		
Total		60	100,0		

De las personas que contestaron a esta pregunta, el 71% han participado previamente en otro programa, frente al 28,6% que se enfrenta a su primer tratamiento.

**Pregunta 33:****¿Cuáles? (programas de metadona en los que ha participado)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ambulatorios (CAID, UCA)	10	16,7	25,0	25,0
	Hospitalario	6	10,0	15,0	40,0
	Comunidad Terapéutica	10	16,7	25,0	65,0
	Otros	2	3,3	5,0	70,0
	Varios de los anteriores	12	20,0	30,0	100,0
Total		40	66,7	100,0	
Perdidos	Sistema	20	33,3		
Total		60	100,0		

De estas personas que han participado en algún programa con anterioridad, y que han contestado a esta pregunta, un 20% ha participado en varios tipos de programas, siendo los más frecuentes los programas ambulatorios y las comunidades terapéuticas.

**Pregunta 34:**

**Estadísticos**

¿En cuántos programas de metadona ha participado?  
(sin contar el actual)

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
32	28	2,59	1	2,168

Las personas que han tenido atención anterior como media han participado en tres programas. Un 34,4 han participado en más de dos programas con anterioridad a este.

**Pregunta 35:**

**Estadísticos**

Tiempo que lleva a en el actual programa de  
mantenimiento con metadona

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
53	7	42,28	48	48,320

Las respuestas sobre el tiempo que lleva en el programa son muy heterogéneas existiendo valores extremos; el valor más frecuente son 4 años de antigüedad en el programa.

**Pregunta 36:****Reducción de la dosis en el último año**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	46	76,7	88,5	88,5
	No	6	10,0	11,5	100,0
	Total	52	86,7	100,0	
Perdidos	Sistema	8	13,3		
Total		60	100,0		

El 76,7% de las personas encuestadas se ha planteado en algún momento del último año reducir su dosis.

**Pregunta 37:**

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades de Transmisión Sexual	<b>3</b>	<b>5</b>
VIH/ SIDA	<b>13</b>	<b>21,7</b>
Hepatitis	<b>36</b>	<b>60</b>
Tuberculosis	<b>9</b>	<b>15</b>
Alteraciones psicológicas	<b>13</b>	<b>21,7</b>
Sobredosis	<b>18</b>	<b>30</b>
Otros	<b>11</b>	<b>18,3</b>
Ninguno	<b>6</b>	<b>10</b>
No contesta	<b>13</b>	<b>21,7</b>

Las enfermedades que en mayor porcentaje manifiestan padecer son hepatitis, sobredosis, VIH y alteraciones psicológicas.

**Pregunta 38:****Desde que está en el programa, su estado de salud:**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ha empeorado mucho	1	1,7	1,8	1,8
	No ha cambiado	9	15,0	15,8	17,5
	Ha mejorado	34	56,7	59,6	77,2
	Ha mejorado mucho	13	21,7	22,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

De las personas que respondieron a esta pregunta, un 82,5% opina que su estado general de salud ha mejorado desde que sigue el programa.

**Pregunta 39:****Ingreso en el programa por indicación judicial**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	5	8,3	8,8	8,8
	No	52	86,7	91,2	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,0		
Total		60	100,0		

Un 86,7% de las personas encuestadas no han iniciado el programa por indicación judicial.

**Pregunta 40:****Situación judicial**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tengo ninguna causa	39	65,0	73,6	73,6
	Pendiente de juicio	6	10,0	11,3	84,9
	Libertad condicional	1	1,7	1,9	86,8
	Tercer grado	1	1,7	1,9	88,7
	Otras	6	10,0	11,3	100,0
	Total	53	88,3	100,0	
Perdidos	Sistema	7	11,7		
Total		60	100,0		

El 73,6% de las personas que contestan a esta pregunta no tienen causas pendientes y un 13% tienen algún juicio pendiente.

**Pregunta 41:**

Observando las motivaciones a nivel global las que más aparecen son las relacionadas con cambiar de estilo de vida (abandonar la situación de indigencia, la delincuencia...) con un porcentaje de 47% y necesitar ayuda para dejar las drogas (47,4%).

El primer motivo que les indujo a ingresar en este tratamiento fue no poder dejar el consumo por sí mismos/as

El segundo motivo son aspectos referentes al cambio de estilo de vida (29%) seguido de mejoras en situación personal (su situación familiar, sus enfermedades y la mejora de sus condiciones físicas...) en un 25%.

El tercer motivo sigue siendo el cambio de vida y la mejora de la situación personal, si bien las causas judiciales aumentan de porcentaje.

### **Anexo 1: Análisis descriptivo sobre vaciado de expedientes**

La presente información se ha obtenido de la consulta y volcado de información de los expedientes de la totalidad de personas inscritas en el programa Ulises a fecha del mes de diciembre de 2008.

Como se puede observar, no todos los datos recogidos existen para todas las personas participantes, pero se ha recogido información sobre más del 50% de las personas usuarias, por tanto es una muestra representativa a un nivel de confianza del 96%, con un error del 8,2% para el nivel más bajo de información.

#### **Perfil:**

##### **sexo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	157	72,0	73,0	73,0
	Mujer	58	26,6	27,0	100,0
	Total	215	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,4		
Total		218	100,0		

El porcentaje de mujeres es del 26,6%.

#### **Ocupación:**

##### **ocupacion**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no trabaja	52	23,9	30,2	30,2
	trabaja	111	50,9	64,5	94,8
	CT	8	3,7	4,7	99,4
	Inv alidez	1	,5	,6	100,0
	Total	172	78,9	100,0	
Perdidos	Sistema	46	21,1		
Total		218	100,0		

El 50% de las personas trabaja. Esta información entra en conflicto con la obtenida desde los cuestionarios y la percepción de los profesionales.

### Estado civil:

estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solter@	56	25,7	48,7	48,7
	Casad@	22	10,1	19,1	67,8
	Separad@	17	7,8	14,8	82,6
	En pareja	18	8,3	15,7	98,3
	Otros	2	,9	1,7	100,0
	Total	115	52,8	100,0	
Perdidos	Sistema	103	47,2		
Total		218	100,0		

En el 47% de los expedientes no consta esta información.

### Descendencia:

hij@s

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	26	11,9	29,9	29,9
	1,00	37	17,0	42,5	72,4
	2,00	14	6,4	16,1	88,5
	3,00	3	1,4	3,4	92,0
	4,00	3	1,4	3,4	95,4
	5,00	3	1,4	3,4	98,9
	6,00	1	,5	1,1	100,0
	Total	87	39,9	100,0	
Perdidos	Sistema	131	60,1		
Total		218	100,0		

Se cuenta con información disponible para el **40%** de las personas participantes. De ellas un 30% manifiesta no tener descendencia, un 70% tiene descendencia, siendo lo más frecuente tener una hija/o.

### Tiempo en el programa:

### Estadísticos

Tiempo en programa

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
193	25	5,8342	6,00	3,31717

La media de tiempo que las personas usuarias llevan en programa se sitúa en torno a los 6 años. Un 21,8% llevan de 5 a 7 años en programa.

### Tiempo en programa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	19	8,7	9,8	9,8
	2,00	24	11,0	12,4	22,3
	3,00	15	6,9	7,8	30,1
	4,00	17	7,8	8,8	38,9
	5,00	15	6,9	7,8	46,6
	6,00	25	11,5	13,0	59,6
	7,00	17	7,8	8,8	68,4
	8,00	10	4,6	5,2	73,6
	9,00	14	6,4	7,3	80,8
	10,00	19	8,7	9,8	90,7
	11,00	15	6,9	7,8	98,4
	13,00	2	,9	1,0	99,5
	15,00	1	,5	,5	100,0
	Total	193	88,5	100,0	
Perdidos	Sistema	25	11,5		
Total		218	100,0		

### Edad de inicio en programa:

### Estadísticos

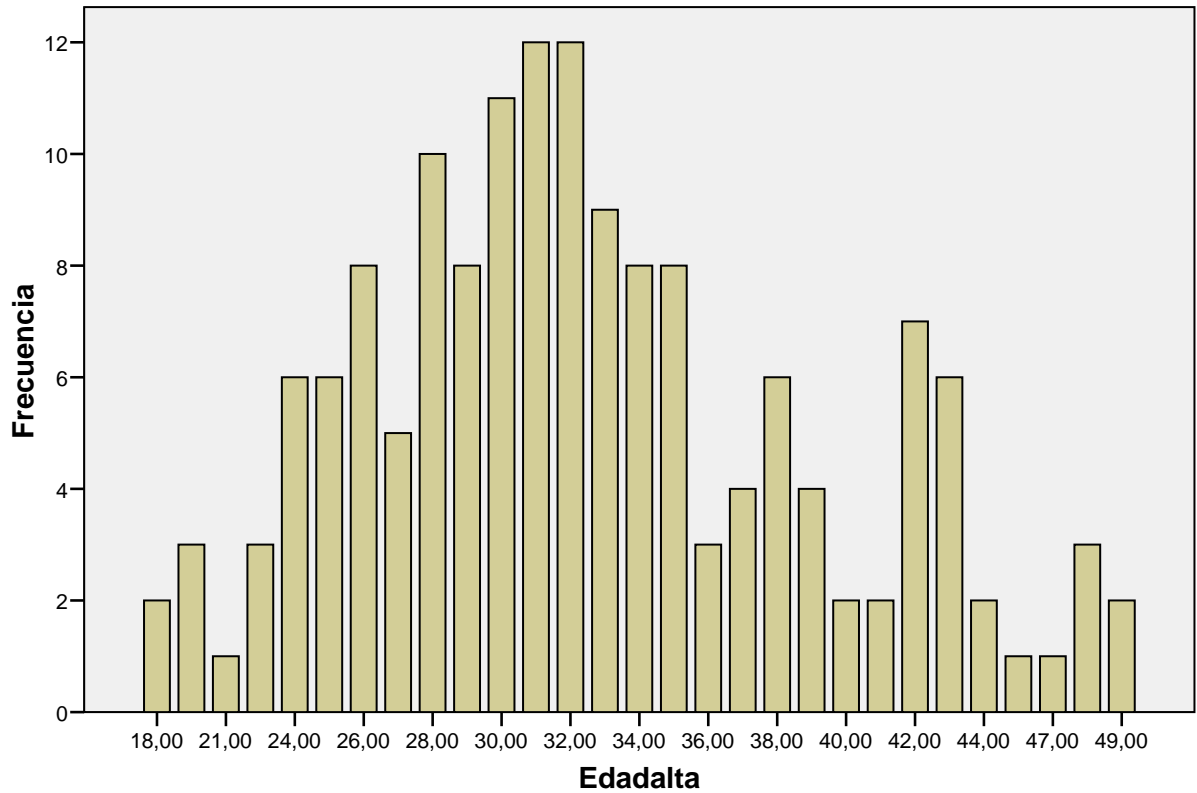
Edadalta

N		Media	Moda	Desv. típ.
Válidos	Perdidos			
155	63	32,5548	31,00 <sup>a</sup>	6,71124

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

La edad media de inicio en el programa se sitúa en torno a los 32 años.

## Edad alta



### Edad actual :

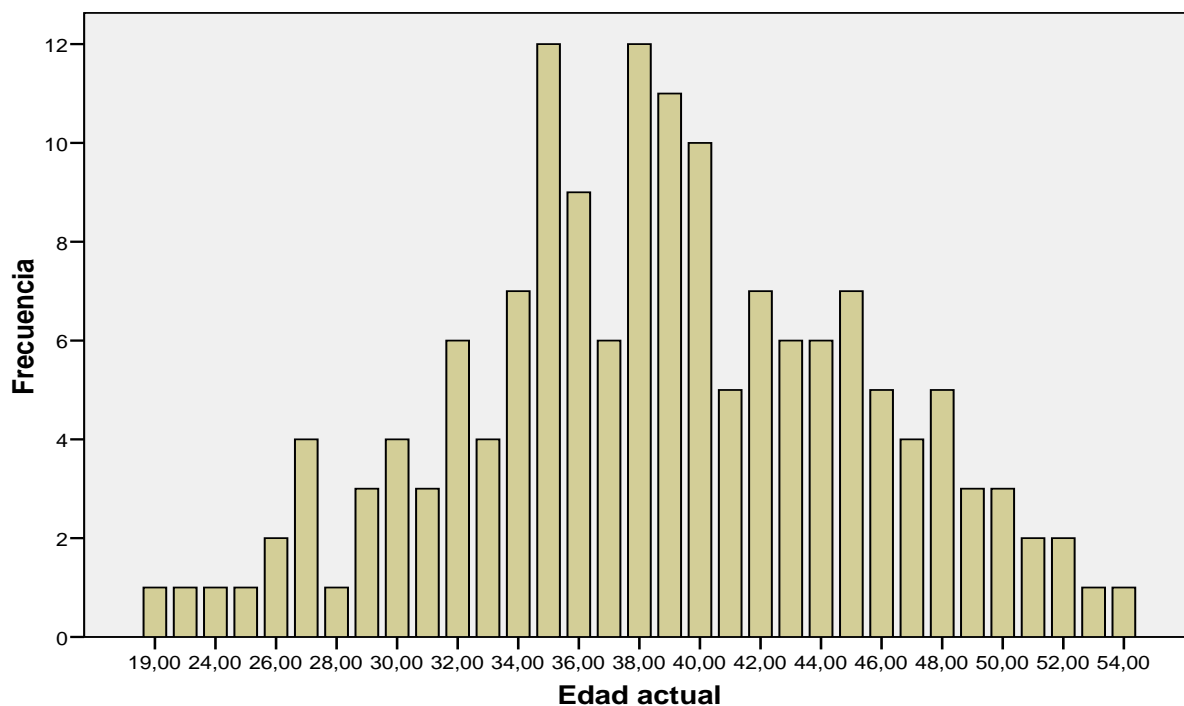
#### Estadísticos

Edad actual		Media	Moda	Desv. típ.
N				
Válidos	Perdidos			
155	63	38,6774	35,00 <sup>a</sup>	6,77748

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

La media de edad se sitúa en torno a los 39 años aunque existen algunos casos extremos. La edad más frecuente son 35 años.

### Edad actual



### Consumo de otras drogas:

Analizando los expedientes, en algunos casos se recoge abuso de otras sustancias.

Analizando esta información encontramos que del total de personas en programa un 15% consumía alcohol además de heroína, un 29,8% consumía cocaína además de heroína, y un 13,3% drogas de diseño (pastillas).

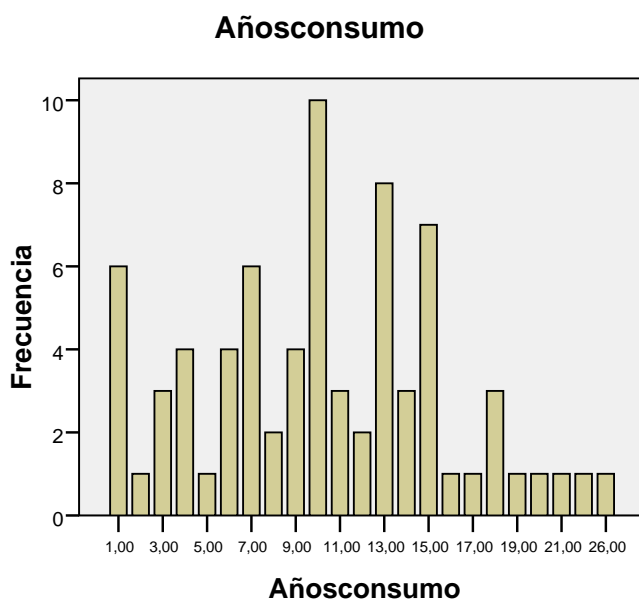
## Años de consumo:

### Estadísticos

Añosconsumo		Media	Moda	Desv. típ.
N				
Válidos	Perdidos			
74	144	10,2703	10,00	5,61382

Sobre este ítem tenemos información del 33,9% de las personas participantes.

Los años de consumo sitúa la media de años en torno a 10.



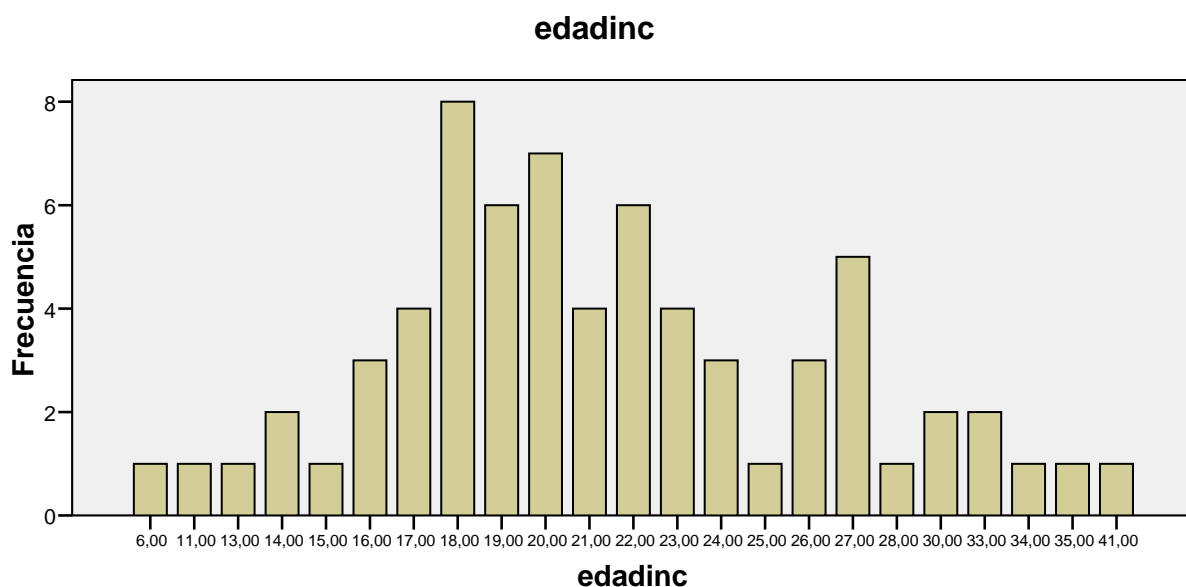
## Edad de inicio del consumo:

### Estadísticos

edadinc		Media	Moda	Desv. típ.
N				
Válidos	Perdidos			
68	150	21,6029	18,00	5,88988

La edad de inicio de consumo se sitúa, en su mayor porcentaje, en los 18 años.

El 33% inicia el consumo entre los 18 y los 22 años. El 70% consumía antes de los 23 años.



**Derivación:**

**Derivaciones**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Otros programas metadona (CAD, CR)	6	2,8	11,5	11,5
	Prisión	19	8,7	36,5	48,1
	Otras zonas	8	3,7	15,4	63,5
	Psicologos	1	,5	1,9	65,4
	Otros recursos	16	7,3	30,8	96,2
	Otros	2	,9	3,8	100,0
	Total	52	23,9	100,0	
Perdidos	Sistema	166	76,1		
Total		218	100,0		

En un 24% de los casos los participantes han sido derivados.

Mayoritariamente la derivación se produce desde prisión, bien por dispensación durante permisos o por libertad condicional o tercer grado. Posteriormente se encuentra la llegada derivada por otros recursos, fundamentalmente hospitales, albergues y médicos de cabecera. Finalmente, derivaciones por traslado de zona de la persona participante, y por último, derivaciones procedentes de otros programas similares.

## III Parte

### Cambios y mejoras en el Programa Ulises

Juan Ortega Artigas

Jesús Ignacio Jordán Gracia

Belén Montesa Lou

Tras la realización de la revisión externa del Programa Ulises y la valoración del resultado, se llega a la conclusión de que este programa cumple con las funciones y objetivos planteados desde la Fundación y que se están desarrollando más aspectos de los que constan en los expedientes, por lo que era necesario optimizar el trabajo que se está realizando, poniendo en marcha una serie de mejoras.

Una de las primeras medidas consistió en estabilizar el equipo de profesionales que emprendieran la tarea de mejora y dotarles de un programa informático específico para la gestión de los usuarios de Ulises.

Este programa informático, que se pone en marcha a partir del 01 de Octubre del 2009, es la clave para ponernos en la dirección de optimizar el trabajo, ya que nos permite manejar muchas más variables y datos con mucha más precisión y en menos tiempo.

El programa informático facilita el control sobre los datos necesarios de recogidas de dosis por parte de los usuarios, la contabilidad de la metadona, el control de los decalajes, fechas de altas y bajas, la recogida y actualización de los datos personales de los usuarios, permite tener la información más ordenada sobre las distintas variables que se necesitan para mantener el servicio de forma adecuada, saber quien y hasta cuando tiene metadona, quien no ha recogido en una fecha determinada y la posibilidad de realizar estadísticas comparativas. Toda esto permite disponer de más tiempo para la dedicación al seguimiento y atención de nuestros usuarios.

Y está mayor dedicación se ha visto reflejada en varios aspectos.

- Una mejora del seguimiento medico/educativo de los pacientes a la hora de recoger la demanda y proponerles en el momento adecuado, tras valoración del caso por el equipo, la reducción de dosis de metadona a niveles más óptimos (en el último año trece usuarios han dejado de tomar metadona), ofreciéndoles la posibilidad de que la última fase de decalajes, fuera apoyada con un tratamiento de acupuntura, algo pionero en este tipo de tratamientos. Una vez finalizado el decolaje realizamos con estos pacientes un seguimiento telefónico postdecalaje.
- Para los usuarios que están con tratamiento con metadona en la Comunidad Terapéutica del Centro de Solidaridad de Zaragoza posibilitado aplicarles un decalaje a niveles más óptimos, ya que las condiciones de la propia Comunidad Terapéutica son muy favorables para el desarrollo de esta propuesta.
- Otra mejora importante es la utilización de la “buprenorfina/Naloxona” en perfiles de usuarios susceptibles de este tipo de tratamiento.
- En el último año hemos mejorado incrementado notablemente el seguimiento y número de analíticas realizadas a usuarios de metadona.
- También hemos regulado y aumentado la continuidad del seguimiento médico de estos pacientes.

- Otro aspecto importante que ha mejorado es la coordinación y comunicación con otros recursos, ya sea para un trabajo en común o para posibles derivaciones, lo que complementa y facilita el tratamiento de los pacientes.

Hay iniciativas más concretas puestas en marcha que también son importantes tenerlos en cuenta:

- Las bolsas donde se llevaban los botes de metadona eran poco discretas y así lo referían los usuarios que incluso nos pedían periódicos para tratar de ocultar el contenido (No olvidemos los estigmatizante que puede ser este tipo de tratamientos). En la actualidad tenemos un modelo de bolsa mucho más discreto y los pacientes lo agradecen.
- Se han confeccionado y repartido unas hojas informativas y recordatorias de las normas y compromisos que se adquieren con el Programa Ulises en las que figuran, horarios de recogidas de metadona, periodicidad de analíticas de orina, cada cuanto tienen que visitar al médico, recordatorio de los días festivos, que nos comuniquen cambios de dirección y teléfono...
- Cuando hay días festivos entre semana avisamos telefónicamente a los pacientes para que no se despisten y se pasen a recoger la metadona en el día indicado evitando que se queden sin metadona y favoreciendo así que mejore su responsabilidad con el tratamiento.

Desde la fundación CSZ, hay una inquietud constante para detectar las necesidades de nuestros pacientes y elaborar propuestas que den respuestas adecuadas. Por eso, es necesario entender el Programa Ulises desde la perspectiva más global de atención a pacientes con relaciones problemáticas con drogas. De esta manera podemos explicar que tanto los distintos Programas como propuestas concretas configuran una red de itinerarios puestos a la disposición de los pacientes para conseguir los objetivos facilitando la forma más adecuada. Así surgen **“los Desayunos”**, **“los Grupos de Motivación”** y **el Servicio de Atención Familiar**

Y es que existe un perfil de pacientes que toman la metadona a diario en el Centro y se les dispensa también la medicación pautaada por el médico. Este criterio de dispensación diaria obedece fundamentalmente a la incapacidad de los pacientes para gestionarse metadona y medicación ofreciendo un seguimiento y apoyo durante el tiempo que sea necesario. Suele coincidir que algunos de estos pacientes están en una situación de indigencia, no tienen techo, están en el albergue, en la calle, un perfil de población con grave riesgo de exclusión social. La mayoría vienen a primera hora de la mañana, y pensamos que podría ser muy positivo ofrecerles un **desayuno** y así asegurarnos de una correcta toma de la medicación y un buen desayuno.

A su vez permite una exploración y seguimiento por parte del educador de las gestiones que tienen que realizar: cita con el médico, trabajador social, recogida de medicación, y motivarles a que vayan gestionando asuntos que le puedan beneficiar. En definitiva, una labor educativa que genere confianza y adherencia al Centro. Sin este espacio sería complicado realizar esta labor. Atendemos entre 8 y 10 cada mañana de los cuales el 90% son del Programa “Ulises”.

En cuanto al “**Grupo de Motivación**” esta dirigido a aquellas personas en el inicio del tratamiento que necesitan un mayor apoyo y atención para contener consumos, adquirir motivación al cambio y conseguir una adherencia adecuada. Se desarrolla los martes y viernes de 11,00 h a 12,30 h y sirve como punto de partida para los distintos itinerarios de los pacientes.

### **Objetivos:**

- ✓ Apoyo a la contención del consumo.
- ✓ Crear un espacio de revisión personal.
- ✓ Explorar dificultades del presente (día a día).
- ✓ Ofrecer espacio grupal de reflexión.
- ✓ Motivar y crear adherencia al tratamiento.
- ✓ Ofrecer una primera experiencia grupal.

Por otro lado nos encontramos con usuarios de largo recorrido tanto de nuestra propia Fundación como con experiencias en otros recursos, que aunque mantienen una situación de estabilidad no terminan de encontrar un “tono” de felicidad en sus vidas. La búsqueda de este “tono” los lleva cíclicamente a situaciones de conflicto, crisis y a la demanda de apoyo en el Centro de Solidaridad de Zaragoza.

De ahí la oportunidad de crear un espacio grupal denominado “**Grupo Soporte**” que apoye y ayude a estructurar sus vidas.

Este Grupo se desarrolla los martes alternos de 19,00 h a 21,00 h.

### **Objetivos:**

- ✓ Explorar dificultades desde el presente (día a día).
- ✓ Apoyar el auto-soporte.
- ✓ Revisar asuntos personales pendientes.
- ✓ Ofrecer espacio grupal de reflexión.
- ✓ Revisar situaciones de crisis construyendo experiencias de aprendizaje y apoyo.
- ✓ Posibilidad de contrastar experiencias.
- ✓ Analizar de manera mas objetiva situaciones personales.
- ✓ Crear un espacio de revisión personal.

**El Servicio de Atención Familiar (SAF)** para la Reinserción de Drogodependientes surge ante la necesidad de dotar de un espacio propio a los familiares de los pacientes atendidos por los servicios de la Fundación; para mejorar sus habilidades como acompañantes del proceso iniciado por su familiar.

El tratamiento profesional de las familias afectadas, entendemos que es una exigencia comparable a la atención del propio drogodependiente, ya que se trata de un núcleo humano trastocado por el encuentro violento con la droga.

En el tratamiento con drogodependientes vemos necesario incorporar el trabajo con las familias desde su inicio, ya que las consideramos una parte importante dentro del programa de rehabilitación del paciente.

En concreto en el programa de mantenimiento con metadona vemos aún más necesario el trabajo con las familias de estos usuarios de largo recorrido en nuestro servicio, ya que su apoyo al paciente constituye un factor claro de mejora del pronóstico, por ser pacientes muy cronificados en algunos casos, con múltiples intentos de consecución total de la abstinencia a tóxicos, enfermedades concomitantes a la adicción, y periodos fluctuantes de mejoría y empeoramiento respecto a sus consumos.

Es por esto que estas familias necesitan un apoyo externo y profesional que les permita poder seguir ejerciendo un rol de soporte y contención del usuario, sin caer ellas en el burn out, las falsas expectativas mágicas de curación total o la somatización del sufrimiento cayendo ellas también enfermas.

Los objetivos de trabajo con las familias de mantenimiento con metadona serían:

- Apoyo a la unidad de convivencia del paciente que es atendido en el programa de mantenimiento con metadona, ( apoyo psicológico, social y educativo)
- Evaluar el sistema familiar y el papel que juega el problema de la adicción dentro de la familia. (Teniendo en cuenta los factores de riesgo y de protección con los que cuenta la familia)
- Reestructurar los roles dentro de la familia para lograr la implicación de los miembros según el grado de responsabilidad desde el rol que les corresponde.
- Modificar los esquemas relacionales que puedan estar favoreciendo el mantenimiento de la estructura adictiva.(En ocasiones se trata de familias multi-problemáticas, donde el miembro adicto es un problema más de una innumerable lista de ellos.)
- Ayudar a que la familia logre un buen ajuste y adaptación adecuada al momento del proceso en el que se encuentra su familiar, ajustando sus expectativas de éxito- fracaso. Y cambiándolas por MEJORA.
- Fomentar la reconstrucción de vínculos entre los miembros de la familia.
- Favorecer el consenso y el espacio de dialogo y negociación facilitando los procesos de comunicación intrafamiliar.
- Potenciar las capacidades de la familia y ayudarles a movilizarlas para poder abordar sus dificultades y conflictos de una forma menos disfuncional y más adaptativa. Dotándoles de un mayor conocimiento sobre en qué consiste el programa con metadona.

Para ello nos servimos de:

- Entrevistas individuales con el familiar de referencia y convivencia del usuario, o la inclusión de los familiares en los grupos de padres o familiares.
- Entrevistas o intervenciones conjuntas con el educador de seguimiento del paciente en situaciones de crisis puntuales que lo requieren.
- Entrevistas de pareja con orientaciones de counseling.
- Posibilitar la inclusión del usuario y su pareja en los grupos de parentalidad responsable, cuando tienen menores a cargo.