

INVESTIGACIONES APLICADAS

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

The perspective of the users in a maintenance program with methadone elements for assesment

Pilar ALBERTÍN CARBÓ

Universitat de Girona. Facultat de Ciències de l'Educacio. Departament de Psicologia. Girona

RESUMEN

El siguiente estudio intenta hacer una evaluación cualitativa sobre el uso y tratamiento con metadona tomando como foco de atención el punto de vista de los usuarios de un programa de mantenimiento con metadona (PMM). Los métodos utilizados han sido la observación participante y la entrevista en profundidad. El periodo de realización fué de 12 meses. La muestra incluye a 35 usuarios de metadona. Los resultados indican diferentes grados de satisfacción y percepción respecto a los efectos de la metadona, las relaciones sociales y las condiciones de vida actuales, también sobre su estado de salud y el acceso, tratamiento y seguimiento en los Centros Sanitarios. También se infiere un cambio en la identidad y el estatus de este usuario respecto al de heroína, así como una disolución y sustitución de la subcultura de la heroína por la subcultura de la metadona.

PALABRAS CLAVE

Usuarios de metadona, metodología cualitativa.

ABSTRACT

The following study is a qualitative evaluation about the use and treatment with methadone by taking as a main focus the point of view of the users of the methadone maintenance programs (PMM). Participant observation and deep interviews methods have been used. Results show different degrees of satisfaction, perception of metadona effects, social relationships and life conditions, but also the users health state, and access, treatment and

Plaza Sant Domènech, 9. 17071. Tel. (972) 41 82 60 Fax (972) 41 83 45 E-mail pilar@albertin.udg.es
Para la realización de este artículo se contó con financiación de una beca FIS 93/0356

monitoring in the Health Centres. A change in the social identity and the social status of methadone users is inferred, as well as the disolution of the heroin subculture and its replacement by a methadone sub-culture.

KEY WORDS

Methadone users, qualitative methodology.

INTRODUCCION

Antecedentes históricos

Los primeros usos de la metadona se remiten a la 2a. Guerra Mundial donde era usada como analgésico para curar heridos de guerra. Alemania es uno de los primeros países en usarla como sustituto de la morfina (1940). Después, desde 1950-1963 comienza a utilizarse en Europa para tratar a los heroinómanos. En España, la utilización de metadona como terapia de sustitución en adictos a opiáceos se introdujo de manera irregular y relativamente controlada a lo largo de la década de los años 70 (Rodríguez-Martos, 1994). En 1983 se produce la primera regulación oficial con los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), su uso es en pacientes terminales y la prescripción suele hacerse por el sector privado. En 1985, la administración permite su prescripción y distribución en centros oficiales pero con limitaciones. Por la evidencia de la efectividad de los tratamientos con metadona en otros países y dada la alta prevalencia de la infección por VIH, se modificó la legislación vigente con la promulgación del Real Decreto de 1990 que facilitaba el marco conceptual y jurídico para la puesta en marcha de estos programas, adaptados a las respectivas comunidades autónomas (Torrens, 1993).

El tratamiento y los Programas de mantenimiento con metadona

El tratamiento con metadona se instaura a partir de los PMM, consiste en la sustitución del opiáceo objeto de abuso, - generalmente heroína- por otro de curso legal prescrito durante un tiempo prolongado y sujeto a control médico. En la mayoría de países se acostumbra a utilizar la metadona por sus características farmacológicas que hacen de ella una sustancia de fácil manejo.

La metadona provoca menos sedación y depresión respiratoria que la morfina, y más efecto analgésico. Se metaboliza en el hígado y se distribuye a todos los tejidos del organismo, incluyendo la placenta; consiguiéndose una tasa estable durante 24 horas. Por eso sirve como tratamiento terapéutico con efectos de 24 horas. Con la metadona no se experimenta ni euforia ni sedación si la dosis está adaptada a la tolerancia del sujeto. Algunos investigadores (Casas, 1996) señalan la ausencia de biorritmos y de contrastes internos a los que estaban acostumbrados los usuarios cuando consumían heroína (u otras sustancias adictivas) y por tanto a tener una percepción amorfa o inerte en su estado de ánimo debido a que la metadona oral permite a los receptores nerviosos cerebrales (sistema endorfinico) estar continua y constantemente alimentados durante 24 horas, si se reduce durante meses, permi-

te al sistema endorfinico readaptarse. Los antidepresivos tricíclicos y el diazepam, alcohol y otros opiáceos retardan su eliminación. Si la vía de administración fuera endovenosa, se aumentaría de tal manera su concentración que provocaría un choc, además, lo que recuerda a la droga, como la jeringa, debe ser imperativamente descartado, para permitir una extinción progresiva de las pulsiones toxicómanas. (Goldstein, 1995).

En los PMM se comienza con una dosis floja que aumenta progresivamente en 4-6 semanas, a medida que se instala la tolerancia se intenta estabilizar al usuario. Una dosis alta de metadona (aproximadamente 100 mg.) produce el bloqueo de la acción euforizante (subida o high) de 80 mg. de heroína pura, por lo que la dosis elevada de metadona tiene como objetivo disminuir la necesidad y búsqueda de opiáceos e inducir una tolerancia cruzada que bloquea el efecto euforizante (programas de "alto umbral"). A dosis bajas, el objetivo no es un bloqueo narcótico, sino estabilizar en una dosis mínima que sea soporte farmacológico durante un tiempo, mientras se intenta la abstinencia (programas de "bajo umbral"). Los síntomas de abstinencia tienen una duración más prolongada. (Debate social P N.Drogas, 1995).

Los objetivos generales de los PMM son "estabilizar al paciente adicto a opiáceos con una dosis de metadona con tal de conseguir una mejora de su calidad de vida y disminuir los daños asociados a la adicción a la vez que se facilita el contacto de estos pacientes con la red asistencial" (pag. 1, Nava et al., 1998). "La finalidad de los PMM sería poder trabajar aspectos sociales, familiares, laborales y legales, entre otros" (pag. 3, Comisión Técnica Territorial Barcelona, 1995).

En uno de los estudios más recientes representativo de todo el territorio Espa-

ñol sobre las características de los Centros que realizan mantenimiento con metadona (Pérez y Domingo, 1995) se señala que: Existen 224 Centros dispensadores y prescriptores de metadona distribuidos por todas las Comunidades Autónomas. En todo el Estado, desde que se iniciaron estos tratamientos, se trataron con metadona cerca de 31.500 pacientes. A finales de 1994 había alrededor de 13.000 adictos en tratamiento con metadona y un 28 % de Centros tenían lista de espera. El 50 % de los Centros al iniciar el tratamiento tenía proporciones de pacientes VIH + que oscilaba entre 40-80 %.

Otro estudio realizado en Barcelona sobre los PMM (Torrens, 1993), describe su funcionamiento: Previo a iniciar el tratamiento, el usuario firma una especie de contrato donde consta unas cláusulas a las que ha de atenerse. La metadona se da en forma de jarabe mezclada con zumo de naranja, la ingestión es bajo supervisión y dentro del centro dispensador. La dosis -en la mayoría de casos- es desconocida para el usuario (aunque en otros Centros puede ser conocida). Cuando el paciente se estabiliza suele darse la/s dosis en frascos para que el mismo se la administre en su casa ("take-home"). Lo más frecuente es que se aplique PMM de bajo umbral o de mantenimiento. Existen unas prioridades de entrada : tener SIDA, tener VIH+, estar embarazada, tener alguna infección grave o tuberculosis y padecer un desorden psiquiátrico. Los criterios de expulsión son: el uso de la violencia (física o agresión verbal) hacia otros pacientes o personal del Centro, y las conductas disruptivas en el Centro (tráfico de drogas); no se excluye por dar positivo a consumo de drogas en los controles de orina, a lo sumo, si los tests dan positivo, se suprimen privilegios, como por ej.- el "take-home". Se realizan evaluaciones, seguimientos clínicos a los usuarios, vacunaciones, consejo y asesoramiento sobre el

VIH, etc.. Se proporciona ayuda en cuestiones sociales y legales.

Evaluación de los tratamientos con metadona desde el ámbito socio-sanitario

En España son recientes estos estudios de carácter evaluativo (Roca et al., 1989; Torralba, 1993; Domingo-Salvany et al., 1994; Torrens et al., 1995; Navas et al., 1998). La evaluación es algo imprescindible si se quiere asegurar conseguir resultados óptimos, así como la introducción de modificaciones en sus objetivos y diseño (Fernandez-Ballesteros, 1995).

Las evaluaciones revisadas sobre los tratamientos con metadona utilizan técnicas estadísticas y metodologías cuantitativas de largo alcance y representatividad, interesándose básicamente en la medición de aspectos tales como: conductas antisociales, conductas de riesgo de salud, aumento del control sanitario, cumplimiento del programa, abstinencia, grado de reinserción laboral y social (Capplehorn et al., 1993; Farella et al., 1994; Buning, 1994). En algún caso miden la calidad de vida en estos pacientes (tests Nottingham Health Profile) con las variables de: energía, dolor-sufrimiento, emociones, sueño, aislamiento social y movilidad física (Torrens et al., 1997), pero tomando como referencia criterios previamente marcados por técnicos y profesionales (principalmente) que administran estos tratamientos. Rara vez se ha hecho un aproximamiento valorativo incluyendo a los usuarios en los procesos de evaluación y tratamiento más allá de la simple consulta sobre su grado de satisfacción, sino implicándolos en varias fases del proceso, incluso rescatando los tradicionales planteamientos de la investigación-acción lewiniana y desarrollando la denominada investigación participativa o "evaluación en un

esquema participativo" (Alvira, 1991). Recobrar el punto de vista del usuario, "darles la voz" a los más directamente implicados, es considerar con igual importancia su valoración que la de los teóricos y profesionales expertos en el tema, o dicho de otro modo, facilitaría la participación y articulación del conocimiento científico y del conocimiento de sentido común, en vistas a optimizar la intervención sobre el problema de consumo (Montero, 1994), de manera que esas otras formas de entender el uso de "drogas" basadas en la experiencia de los usuarios emergieran como elementos esenciales en el tratamiento y su evaluación (Santos, 1990; Alcazar y Canals, 1995; Sanchez-Candamio, en prensa). Se trata de incorporar metodologías más participativas hacia el conocimiento integral del fenómeno de consumo (Silva y Aragón, 1998).

En esta línea se plantea el objetivo de este estudio que es obtener elementos evaluativos sobre el uso y tratamiento con metadona considerando el punto de vista de un grupo de usuarios de un PMM. A partir de aquí se espera justificar la necesidad de incorporar esta perspectiva más subjetiva a cualquier tipo de evaluación, así como proporcionar más conocimientos para la intervención socio-sanitaria.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTUDIO

La metodología usada es cualitativa, basada en una perspectiva fenomenológica, donde se focalizan los aspectos de la "vida cotidiana" y el "pensamiento ordinario" de los propios actores, junto con la aprensión subjetiva de la realidad. Las personas tienen capacidad de "autodirigir" sus conductas en base a "razones" o valores, y no a causas universales o hechos. Para comprenderlo es preciso comprender cómo sus experiencias y sus

actos están modelados por estados intencionales y que estos estados sólo pueden plasmarse mediante la participación en los sistemas simbólicos de una cultura (Brumer, 1991). Las intenciones y motivaciones son tratadas como punto de comprensión para el conocimiento (en lugar de ser ocultadas). El sentido vendrá dado por un proceso de interpretación en base a claves socialmente compartidas, un saber de sentido común y a las propias manifestaciones (versiones) que los interactuantes hacen sobre su propia acción, por tanto, se hace preciso recurrir al lenguaje en el que subyace un sentido y significado determinado por el momento y contexto de su uso (Ibañez, 1985). Este lenguaje, esta cultura y estos significados comunes están compartidos, transmitidos, representados e incluso pueden ser modificados por cada uno de los usuarios, por tanto, cada usuario es un miembro competente que puede ser considerado fuente principal de comprensión.

Además, estas visiones del usuario hay que situarlas en un marco socio-histórico determinado y determinante, que en este caso se trata de lo que significa y ha significado el uso de "drogas" en nuestras sociedades y su diferenciación en legales-ilegales.

Los métodos utilizados en la evaluación han sido la *observación participante* y las *entrevistas en profundidad*. La *observación participante* supone una inmersión del investigador/a en el contexto cotidiano de la gente que estudia durante un tiempo considerable para identificar las formas simbólicas y sentido que aquellas personas dan a las situaciones cotidianas (Sanchez-Candamio, 1995; Mays y Pope, 1995; Denzin, 1997). Las *entrevistas en profundidad* permitirán abordar con más detenimiento algunos aspectos significativos que han surgido durante la observación participante y, a la vez, explorar distintas subjetivida-

des sobre el uso de metadona (Ruiz y Ispizua, 1989).

El investigador/a no puede partir de unas hipótesis previas, sino que comienza con una situación de "extrañamiento" o desconocimiento (relativo o absoluto) de los códigos culturales del grupo que estudia, que poco a poco intentará ir comprendiendo a través de su experiencia con el medio y un proceso constante de ordenación, reflexión-sistematización de sus hallazgos obtenidos por un procedimiento inductivo.

Los datos del siguiente estudio se recogieron en un barrio céntrico de Barcelona con un nivel socioeconómico bajo y una elevada prevalencia de usuarios de opiáceos. En el trabajo de campo se emplearon 12 meses (de Diciembre del 93 a Noviembre del 94). El espacio relacional fue en la calle, a veces en bares o casas de la gente. El primer acceso fue a través de un joven que se visitaba regularmente en el Centro de Atención y Seguimiento de Toxicomanías (C.A.S) del barrio, quien acompañó a la investigadora en sus primeros contactos. También a través de una vecina del barrio que había trabajado voluntariamente durante muchos años con los usuarios de heroína que buscaban la desintoxicación y rehabilitación. (Albertin, 2000).

Como estrategia de muestreo se consideraron características de vida o circunstancias relevantes respecto al objetivo, los criterios fueron: el tiempo que llevaban tomando metadona, la edad y el sexo, si tenían ocupación laboral, si los amigos o conocidos con los que se relacionaban eran también usuarios o no y si consumían otras sustancias adictivas. Se atendió a buscar la máxima saturación en cuanto a las versiones o discursos ofrecidos en torno al uso y tratamiento con metadona. Las entrevistas fueron grabadas y la duración oscilaba entre 1-2 horas. En general, la relación entre

investigadora e informantes fue buena y de confianza.

Como forma de validar los datos, la investigadora contrastó sus interpretaciones durante el estudio de campo y a posteriori (a modo de feed-back, o lo que se denomina *refrendación*) con la de los actores. También se utilizó la *triangulación* a través de dos formas: una, contrastando la información de los usuarios con la proveniente de otras fuentes sociales (vecinos o conocidos del barrio, terapeutas, familiares y otros usuarios de otro barrio), y otra, a través de comparar informaciones dadas por el mismo usuario en distintos momentos de la observación participante.

Al final del trabajo de campo se mantuvieron contactos con 113 personas usuarios de opiáceos, de los cuales, 35 estaban o habían estado como mínimo 9 meses en un programa de mantenimiento con metadona (16 hombres y 19 mujeres) y se realizaron 10 entrevistas en profundidad. Las edades estaban comprendidas entre 20-30 años (63% de la muestra) y entre 31-44 (37% de la muestra); 11 personas de la muestra se pinchaba cocaína como mínimo una vez por semana; 31 personas de la muestra tomaban pastillas (barbitúricos, sedantes...) diariamente; 16 personas estaban en situación laboral de paro; 12 personas cobraban una paga por invalidez permanente; 3 personas realizaban trabajos temporales remunerados y 2 personas tenían trabajo remunerado estable. La mayoría tenían su punto de encuentro en la calle y establecían sus relaciones sociales principales con otros usuarios de metadona.

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Hay una serie de aspectos que destacan por la frecuencia de aparición y duración, por el ámbito y número de personas afectadas, por el énfasis dado por

los usuarios, por las consecuencias futuras y su extensión, etc. que he clasificado en 5 categorías teóricamente construidas a través de un razonamiento inductivo con el fin de facilitar la sistematización y análisis de la información.

Valoración de la metadona y sus efectos

La sustancia (heroína) es la necesidad principal del usuario, primero porque "coloca" o "pone a gusto" (sentir un estado de embriaguez o de placer absoluto) y segundo, porque evita el "mono". El "mono" es el resultado más doloroso y frustrante que puede recibir un consumidor, la situación menos soportable a toda la inversión de recursos materiales y afectivos que moviliza para consumir (estar en la ilegalidad, perder amistades, incomunicación con la familia y otros que "no consumen", desprestigio, marginación social, tiempo en conseguir dinero, riesgos de salud, prostituirse, etc.), además el "mono" remite al usuario a una situación de percibirse como un ser "diferente", "ajeno a sí mismo": *"Hay algo en lo más profundo de ti muy difícil de superar que te empuja a lo mismo, y no te importa quitarle el monedero a tu madre, o la paga a un jubilao o a un pobre hombre...sólo piensas en dinero para comprar..."* (Proyecto investigación, pag. 174).

Teniendo en cuenta lo anterior, la metadona es valorada en cuanto a que evita el "mono", aunque se teme más al "mono" de la metadona que al de la heroína de la calle, debido a su mayor intensidad y duración. A la vez, la metadona no es una sustancia que "coloque" o "ponga a gusto", excepto cuando se toman con otras sustancias: las "rulas" (sedantes predilectos de la mayoría de usuarios de metadona cuyo nombre comercial son Rohipnol y se venden en el mercado negro), "Tranxilium 50", "Diazepam 10" y otras pastillas, la mayoría de

las veces ingeridas también con bebidas alcohólicas. Muchos de estos usuarios, cuando estaban tomando heroína también solían usarlas -especialmente para amortiguar los efectos del mono hasta conseguir más dosis de heroína, o para dar "spitz" (energía, valor..) para "irse a buscar la vida" (conseguir recursos para droga), pero tomaban menos cantidades. Madre de usuaria: *"Eso no es solución, mi hija es una viciosa, si estuviera con la metadona sería para colocarse más, y estaría todo el día con la cerveza o con pastillas"* (Proyecto Investigación, pag. 106)

Esperanza (trabajadora social del barrio): *"Muchos no quieren que les bajen la dosis de metadona porque si toman bastante cantidad y luego se comen unas rulas, les sube algo. Otros prefieren que se la vayan reduciendo, así se enteran cuando se pican caballo"* (Entrevista a Esperanza).

La metadona es una sustancia que "no les gusta", la consideran "caballo sintético", y la perciben como un medicamento que aunque es terapéutico, tiene efectos secundarios sobre el organismo y en especial sobre el hígado (a la heroína no la consideran tan dañina, asocian sus efectos nocivos a los adulterantes con que la mezclan), sin embargo, son conscientes de su necesidad de seguir tomando droga, o en todo caso de no poderla dejar, sea cual sea esa droga. Mercé: *"Yo quiero metadona o lo que sea, lo que no quiero es vivir sin droga...sólo podría dejar la droga si tuviera un trabajo, una casa, una pareja..., bueno, lo de la pareja vendría después..., y como sé que eso no es posible, no quiero dejar la droga"* (Proyecto Investigación, pag 109).

El hecho de que la metadona no se administre inyectada ("pico") impide también un elemento de "enganche" y de placer para el usuario. La sensación de "flash" ya no se experimenta, muchos

usuarios de metadona se pinchan cocaína por sus efectos inyectados, suelen ser personas que antes de tomar metadona ya se inyectaban, pero con menos frecuencia. Antonio y Quim sólo cuando cobraban mensualmente sus pagas por invalidez, celebraban una fiesta con cocaína. Solían gastarse, cada uno, unas 60.000 pesetas en un par de días, eso equivalía a unos 3 gramos diarios entre los dos.... Antonio: *"...me voy poniendo hasta que me encuentro un poco ido...puedo hacerme unos siete picos en un par de días"* (Proyecto Investigación, pag 54).

Pepi y Luisa solían vivir largas temporadas de "enganche" a la coca: *"la semana pasada estuvimos tres días seguidos sin parar de ponernos..., cada media hora nos hacíamos un pico de cinco billetes (1/2 gramo) para las dos. En los tres días gastaríamos unas ciento veinte mil pesetas, ¡una ruina!"* (Proyecto Investigación, pag. 148).

Valoración de las actuales condiciones y forma de vida

La sustitución de la heroína por metadona es visto como un remedio temporal en un momento crítico de su vida como: malas condiciones físicas para ir a buscar droga o recursos, presiones sociales y familiares, cautividad o posibilidades de ir a prisión, cansancio respecto al tipo de vida y ganas de cambio. Este es el caso de muchas personas que se adscriben a programas de tratamiento con metadona.

Hay sujetos a los que la metadona les sirve para remontar su vida y organizarse de forma "normalizada", son personas que suelen trabajar en alguna actividad remunerada y mantienen relaciones afectivas estables, en la muestra observada había algunos usuarios (dos), que mantenían una forma de vida y de relaciones como los "no usuarios".

Existía otro grupo de usuarios -el más numeroso- y que llevaban de 1 a 3 años en PMM, que habían normalizado ciertos comportamientos cotidianos (hábitos de cuidado personal y salud, relaciones, aspectos laborales y de ocio, etc.) pero aún seguían manteniendo los códigos y esquemas culturales correspondientes a la cultura de consumo de drogas. Este se situaban en los límites de "lo normal", con serias dificultades de adaptación al mundo de los "no usuarios" y pocos estímulos externos que facilitasen su reinserción. Por ejemplo, Quim y Mercé a pesar de llevar una vida regularizada tomando metadona, en ocasiones solían consumir otras drogas, o bien "se encerraban" en sus casas para aislarse de la gente del barrio, o a veces se "buscaban la vida" haciendo algunas actividades ilegales, aunque por otro lado, tenían trabajos temporales remunerados, ayudaban en las tareas domésticas, convivían sin demasiados conflictos con sus respectivas familias, etc.

Después había otro grupo de usuarios de metadona que no estaba integrado al ritmo de los "no usuarios", solían ser aquellas personas que no admitían la metadona -aunque estuvieran tomándola-, pero no veían otra salida porque no eran capaces de "irse a buscar la vida" para conseguir heroína. Tal como ellos decían "no tienen donde agarrarse".

"Tais se quedó profundamente dormida encima de la mesa del bar mientras hablábamos, todos los transeuntes se quedaban mirando, me sentía mal, además me asusté pensando que le había ocurrido algo (era la primera vez que estaba con alguien tan colocado). Le pregunté si se encontraba bien y dijo susurrando, sin abrir los ojos: 'es que llevo dos tranxiliums (50), tres medianas y un cuarto de heroína esnifada que me he hecho hace un rato...Esta mañana he escupido la metadona..'" (Proyecto Investigación, pag. 136)

"Este fin de semana tuve que ir a buscar carne la vida para hacer la despedida del Rafa, fueron cuarenta y cinco talegos en coca...Él ha sido siempre un egoísta conmigo, ¡fíjate que hasta me insinuó que me acostara con un tipo que vende coca para que nos regalara un cuarto!" (Entrevista Rosa).

En estos sujetos el seguimiento del tratamiento era irregular, no abandonaban la subcultura de la droga y tomaban diariamente otras sustancias adictivas. Este grupo de personas solía reunirse en una plaza céntrica (La Plana) para hablar y mantener relaciones, conseguir comprar o vender pastillas, o ganizarse para ir a conseguir dinero o recursos para mantener su consumo, o simplemente, pasar un rato bebiendo cervezas. Fumaban porros colectivamente y discutían por temas de consumo, cuestiones de prestigio personal, o determinados comportamientos. A veces las discusiones se hacían intensas y acababan en peleas (había una gran diferenciación -e incluso rivalidad- entre los que eran del barrio y los que eran de otros barrios pero acudían al C.A.S para tomar metadona). Las inmediaciones del C.A.S y La Plana eran el lugar de encuentro y de redefinición de la subcultura de la droga (en este caso metadona y otras sustancias), el resto (no usuarios: vecinos, conocidos, y usuarios: heroínómanos) los percibían de una forma muy estigmatizante, pues ahora ya no eran ni siquiera "yonquis" o "personas capaces de irse a buscar la vida": "son gente pasada de rosca que bebe y se empastilla... o con la coca..., y no saben ni lo que hacen.." "Muchos días montan jaleo en La Plana (punto de reunión), dan mala imagen y discuten casi siempre.." (Proyecto Investigación, pag 159).

Esta identidad social facilita un nuevo estereotipo: el de usuario de metadona. Ocurre que las características de este subgrupo de usuarios se utilizan (en la

población general y en la comunidad) por extensión y con frecuencia a todos los que están en programas de mantenimiento con metadona. Las consecuencias son obviamente negativas ya que suponen una gran desvalorización hacia estas personas.

Otro aspecto importante en la valoración de su actual forma de vida es tener en cuenta la gran actividad del sujeto que toma heroína frente a la del que toma metadona. Debido a la ilegalidad del fenómeno, el usuario necesita mucho tiempo y energía para conseguir las dosis diarias, pues ha de salvar los obstáculos y contratiempos de un mundo hostil y marginal que se revela contra él/ella. Ha de desarrollar una intensa actividad, continuamente organizando, planificando su tiempo para conseguir sustancia, desarrollando unas habilidades y capacidades extraordinarias para acceder a ella, y a la vez, ejercer un cierto autocontrol en su uso. Cuando el sujeto tiene asegurado el acceso a la droga, -como es el caso de la metadona-, cesa en su actividad, e incluso se siente incapaz de realizar muchas de las tareas que estaba realizando: *"...no sé, desde que estoy en la metadona me corta hacer prostitución.."* . (Entrevista a Pili).

Aunque para muchos usuarios el tomar metadona sigue siendo una dependencia demasiado omnipresente en su vida: *"Sí, estoy bien, pero es el inconveniente de que dependes de algo y que es una continua preocupación, además el tener que ir todos los días al C.A.S a tomar el chupito y ya está...yo quiero dejarlo"* (Entrevista Mónica).

Valoración de las actuales relaciones sociales

El sujeto que consume heroína necesita establecer redes sociales para permitir su subsistencia, a la vez, estas formas

organizadas le aportan su identidad social. Las redes se establecen con la familia, vecinos y otros "no consumidores" de la comunidad ("los otros") y con sus compañeros también consumidores de droga ("colegas"). En la comunidad existen grupos de población que estigmatizan al usuario y lo rechazan, pero hay otros grupos que se muestran permisivos, condescendientes y con complicidad, estos últimos, se trata de personas implicadas en la venta de sustancias ilegales, son familiares o bien se aprovechan ventajosamente de los intercambios que establecen con usuarios (compran objetos a bajo precio robados por los consumidores, mantienen relaciones sexuales con ellos, hacen respetar sus propiedades, tienen ciertas informaciones, etc..).

Con los "colegas" el usuario establece pactos o alianzas a corto plazo: para "irse a buscar la vida", para "astillar" (escotar para comprar droga), o fines semejantes; y nexos o alianzas más intensas y continuadas: son relaciones amistosas, afectivas y/o amorosas en las que se comparten situaciones de uso de droga, por ejemplo, los socios que se organizan para adquirir o consumir droga y las parejas amorosas que se dedican a robar o prostituirse ambos o uno de los miembros.

Pues bien, cuando algún miembro de estas parejas amistosas o amorosas cambia su estatus de usuario (entra en un PMM), de repente se produce una alteración en la relación: *"Jóse y Pili eran una pareja bastante unida, llevaban años saliendo juntos, pero desde que ella empezó a tomar la metadona porque estaba embarazada, las cosas cambiaron: ¿cómo quieres que estemos bien?" -me decía Pili-, nosotros siempre nos habíamos movido juntos, a todas horas, no nos separábamos para nada, lo compartíamos todo...¿y ahora?, él se me va a buscar la vida y yo, sola en casa, esperándolo y preocupada por si le pasa algo...¿Y si...Pili, tiene una sobredosis, o se pincha con la aguja de*

otro y me coge el SIDA?...El otro día me lo trajo un amigo, venía todo lleno de golpes y muy pasao, ¿eh?. Y yo...¿qué quieres que haga?...Luego se mete en el lavabo y no sale, y yo: ¡Jóse!, ¡Jóse!, ¿estás bien?, pues no, era una sobredosis....Es el padre de mi hijo, y sólo falta que le ocurriera algo...Además...está el dinero, ahora tenemos que ahorrar algo para cuando venga el niño...". (Entrevista Jóse y Pili).

Cuando un usuario de heroína pasa a tomar metadona, todo el engranaje relacional que tiene montado para conseguirla ya no es tan necesario. La gran cantidad de tiempo que el usuario dedicaba a conseguir heroína ahora se convierte en tiempo libre. Se siente dentro de un aislamiento relacional a causa de que ya no necesita comunicarse, obtener información de los "colegas" con los que compartía esa subcultura peculiar. El usuario entra en un momento de su vida en que tiene que rehacer relaciones con conocidos o iniciar otras con gente diferente (sobre todo gente que no tome para sentirse dentro de "la normalidad"), siente un vacío, una falta de expectativas de futuro y de vida, a ello se unen unas condiciones físicas y psíquicas deterioradas. Además de presentarse con una identidad estigmatizada por el consumo, de la cual no puede abstraerse pues en la mayoría de casos se hace evidente su deterioro físico, hay una gran deficiencia en habilidades sociales y relacionales en el mundo de los no usuarios, ello hace que cada vez más esta persona se repliegue sobre sí misma, evitando contactos que le producen angustia e inseguridad.

Fredy: "Hace un mes que estoy con la metadona y resulta aburrido estar todos los días con la misma historia, me siento sin nada que hacer en todo el día".
Investigadora: "¿Crees que tiene algún sentido las relaciones que mantiene un consumidor para conseguir droga?".
Fredy: "Sí, claro, algo de eso hay, al menos estás ocupado todo el día buscan -

do, luego hablas con la gente del tema: si has pillao, quien la tiene mejor...pero ahora...¿para qué hablar?, estoy como al margen de la conversación, ahora ya no es lo mismo, y mis amigos de siempre han desaparecido...Con los de la metadona, como tampoco ni bebo ni tomo rulas no estoy en el mismo estado que ellos, y así de enrulados tampoco se puede hablar mucho, ¿sabes?". Sólo la relación familiar había mejorado al cambiar su ritmo de vida con la metadona. Fredy siempre decía que tomar heroína era una forma de vida, ahora se sentía sólo: "tampoco sé cómo puedo aprender otra forma de relacionarme, encontrar otra gente con que se pueda hablar de algo....." (Entrevista a Fredy).

Valoración del estado de salud actual

Un aspecto fundamental que marca la diferencia entre tomar heroína y tomar metadona es que: la primera ha de conseguirse en el mercado negro, con todas las condiciones de irregularidad, tensión y descontrol que ello supone. Al usuario, prácticamente sólo le queda tiempo para "conseguir la siguiente dosis", casi todo resulta imprevisible, puede ser que hoy esté en la calle y mañana lo haya pillado la policía o esté en la cárcel. La buena o mala suerte se presenta en el momento más inesperado. Así, estas personas no están habituadas a prever su vida "más allá de la siguiente dosis", los cuidados específicos, las medidas preventivas e higiénicas en relación con el uso de droga y salud se relegan a un papel secundario: es peor el riesgo de ser arrestado y quedarse sin dosis, de ser engañado en la compraventa, o de no poder aliviar los síntomas del "mono".

Para el usuario de metadona este aspecto de riesgo, de imprevisibilidad y falta de autocontrol está prácticamente anulado pues tiene la tranquilidad y seguridad de tener la sustancia garanti-

zada siempre que cumpla con unas normas, además, tiene el tiempo y la facilitación de los espacios para preocuparse y velar más por su salud: “Desde que estoy con la metadona me he engordado y me encuentro mejor” (Entrevista Quim).

Hay que tener en cuenta que los usuarios de metadona -por lo general- son personas que llevan mucho tiempo tomando drogas y suelen estar con cierto deterioro físico y hasta psíquico y con problemas de salud. Por otro lado, la heroína de la calle está altamente adulterada con los efectos nocivos para la salud que comporta su administración frente a la metadona, cuya administración, al menos está controlada.

En cuanto a la prevención del SIDA a causa de haber abandonado el “pico” no se hace alusión.

Valoración del proceso de acceso, tratamiento y seguimiento en los PMM

Tal como hemos visto, durante el tiempo que un usuario está consumiendo drogas, existen periodos de presión social, legal, familiar..., también “ganas de desconectar”, tomas de consciencia sobre su estado de salud, etc... que lo llevan a plantearse el suspender o dejar durante un tiempo el ritmo de vida y el uso de droga. Esta situación se genera lentamente pero se desencadena de forma crítica y radical cuando un día acontece una situación que “colma el vaso”, por otro lado hemos visto que el usuario no es capaz de hacer previsiones a medio o largo plazo, entonces, cuando llega ese momento crítico se le hace insostenible y entra en un estado de angustia y urgencia. Es así como suele aproximarse a un Centro terapéutico, y es en estas condiciones cuando acepta un tratamiento con metadona: quiere una “válvula de escape” o una solución inmediata. Si encuentra dificultades de

acceso (listas de espera o cualquier otro impedimento), se siente desesperanzado, como si fuera su última oportunidad y manifiesta comportamientos que van desde la hostilidad y manipulación hasta la victimización en la relación con los terapeutas:

Francisca: “Ahora me como 2 gramos de caballo, estoy viviendo con un negro, pero la situación la tengo muy difícil ahora.., y más tomando las cantidades que estoy tomando...” “Tengo muchos problemas...Estoy muy mal y muy arto...voy a perder a mi hija y todo”. (Proyecto Investigación, pag 40)

“Llegó un consumidor a la visita pidiendo tratamiento con metadona, pero el terapeuta le explicó que en esos momentos no era posible comenzar a dársela y que tenía que pasar a una lista de espera, pues no quedaban plazas vacantes. Yo estaba en otra sala haciendo una entrevista, cuando, de pronto, oí una fuerte discusión y salí a ver que ocurría. Me quedé asombrada al contemplar la escena que se había desencadenado en la sala de espera: el consumidor tenía un cúter en la mano y había comenzado a “chinarse” (cortarse) en la zona interior de la muñeca y antebrazo, amenazaba gritando con cortarse las venas si no le daban metadona: ¿por qué dicen que ofrecen metadona y luego resulta que es mentira?, ¡me cortaré la yugular ahora mismo sino me aseguran que me dan la metadona! -y continuó haciéndose cortes en el antebrazo-” (Proyecto Investigación, pag. 41).

En cuanto al tema de tratamiento y seguimiento en el programa, el usuario vive la relación terapéutica como un “trueque”: el terapeuta facilita el tratamiento, la dosis de metadona y a cambio el usuario se somete a las exigencias de control y normativa establecida por el Centro: “Quim a comenzado a pincharse heroína después de dos meses de abstinencia, y comenta: ‘La doctora me

ha castigado y ahora no me quiere dar la metadona (entrar en el PMM) hasta que ella quiera, pero ¡yo no puedo estar sin tomar nada!” (Proyecto investigación, pag. 170).

Percibe constantemente que el diseño y aplicación del tratamiento depende exclusivamente del terapeuta, el terapeuta representa el poder y tiene la legitimidad otorgada por la institución y la sociedad para decidir la entrada en el programa, el tipo de tratamiento, las restricciones o aumentos de metadona, etc... El nivel de participación, consideración y credibilidad dada al usuario es escasa, este continua sintiendo que no tiene el control de aquello que experimenta como una necesidad (tomar droga), en muchas ocasiones ni siquiera conoce la dosis de metadona que le están administrando, tiene que ser observado para que cumpla la normativa de no tomar otras sustancias, etc... “Jóse le recriminaba a Pili su falta de comprensión, pues ‘como ella estaba tomando metadona no entendía los problemas de él (que tomaba heroína). Siempre culpabilizó al C.A.S de los problemas que habían surgido entre los dos. Me enseñó un informe de la tóco-ginecóloga que visitaba a Pili, en el cual recomendaba que ambos entraran en el PMM, pero sólo estaba Pili, ¿ves?...y aquí en el C.A.S ni caso, dicen que hay una lista de veintisiete por delante de mí’ -decía José” (Proyecto Investigación, pag. 141).

“En ocasiones Pili comentaba: ‘La metadona que me dan no es suficiente pues yo antes tomaba mucho caballo’. ‘¿Tomas alguna pastilla cuando notas que la metadona se te queda corta?’ -le preguntaba yo-. ‘No, por Dios, ese puede dañar mucho al niño... A veces cuando noto que me quedo corta de metadona, allá sobre las seis u ocho de la tarde, me pongo una puntita de lo que José se prepara, o aprovecho los filtros que José usa...” (Proyecto Investigación, pag 142).

No obstante, el estar en tratamiento con metadona, supone un beneficio terapéutico en el sentido de que el usuario puede mantener un doble consumo (con heroína, con otras drogas...), puede gozar de protecciones legales cuando incumple normativas sociales (ej- vender o comprar droga), o justificar ciertos actos que serían socialmente inaceptables, porque desde la perspectiva predominante de los PMM, el usuario adquiere la identidad social de enfermo, y como tal, tiene unos derechos (aunque también obligaciones): “Al principio Kike estaba tomando metadona, entonces yo no entendía por qué se pinchaba heroína, si cómo decían ellos/as: ‘no notas nada’. Kike me contó que durante un tiempo le permitieron llevarse los botes de metadona a casa, y ‘no los tomaba, o a lo mejor me los tomaba después de pincharme...entonces me los guardaba para cuando tenía mono o se los daba a alguien’. Posteriormente me enteré que otros consumidores ‘se la ponían en la boca y al salir la escupían’, o...se la pasan de ‘boca a boca’ a su pareja” (Proyecto Investigación, pag. 87).

A pesar de todo, aquellos usuarios que deciden “normalizar” su vida, no encuentran en los PMM el suficiente soporte material y relacional para desarrollar habilidades, estrategias, hábitos y recursos que les permitan salvar el abismo y rehabilitarse, integrarse y adaptarse a las condiciones del mundo de los “no usuarios”.

Esperanza (trabajadora social con usuarios de la comunidad): “...al toxicómano cuando deja la heroína ¿qué se le ofrece a cambio?, ¿qué tiene que pueda sustituir ese vacío de tanto tiempo?, como poco, puede si tiene suerte librarse del SIDA, pero aún eso es raro...” (Proyecto de investigación, pag, 72).

CONCLUSIONES

Se han destacado cinco aspectos valorativos respecto a la metadona y los

PMM: valoración de la metadona y sus efectos, valoración de las actuales condiciones y formas de vida, valoración de las actuales relaciones sociales, valoración del estado de salud y valoración del proceso de acceso, tratamiento y seguimiento en los PMM. A partir de estas valoraciones se infieren dos dimensiones básicas: una en relación con aspectos de **satisfacción del usuario** sobre tomar metadona y estar en un programa y la otra en relación a los **efectos sociales de los tratamientos con metadona** sobre el grupo de usuarios.

Respecto a la satisfacción del usuario, se ha encontrado un amplio abanico y heterogeneidad de juicios aunque predomina una cierta insatisfacción (con distintos grados) por: los efectos de la metadona, las condiciones de uso de los PMM (acceso, tratamiento y seguimiento sanitario), el aislamiento relacional junto a la falta de actividades al dejar el consumo de heroína y estar en un PMM. Por otro lado, el grado de satisfacción suele ser más elevado cuando se trata de la valoración sobre el estado de salud, los beneficios que supone tener garantizada un tratamiento, así como la recuperación de relaciones sociales con miembros de la familia, antiguos amigos y vecinos del barrio.

A partir de estos datos se podría pensar en la posibilidad de introducir modificaciones o novedades en cuanto a las intervenciones socio-sanitarias sobre este colectivo, tales como: combinar estos programas con otro tipo de ofertas, por ejemplo: programas de mantenimiento con heroína (Hartnoll et al., 1980); formas alternativas de deshabituación:

pisos, voluntariado, grupos de autoayuda; programas de reinserción-integración socio-laboral (Insúa, 1996) hasta cambios en la relación terapéutica y en las actitudes tanto de los usuarios como de los profesionales sanitarios.

Respecto a los **efectos sociales de los tratamientos con metadona** sobre el grupo de usuarios se observa que la introducción de tratamientos con metadona (PMM) en el barrio ha sido un factor importante (no el único, pues actualmente se instaaura la subcultura del consumo de otras sustancias psicoactivas) que ha contribuido a la desaparición gradual de la subcultura de la heroína (cada vez hay más usuarios de heroína se adscriben al PMM), sin embargo podría decirse que surge un nuevo grupo de usuarios que constituyen una subcultura de consumo con matices diferentes a la de heroinómanos, concretamente en la instauración de nuevas dinámicas en las redes sociales y nuevos valores entre los usuarios y entre los usuarios/no usuarios.

Los programas de metadona aportan una definición diferente a este opiáceo, ahora es una sustancia legítima, legal e institucionalizada. Los usuarios (también los no usuarios) la ven como un medicamento que cura o sustituye a la sustancia que ellos precisan. Éstos adquieren una identidad de enfermos frente a la institución sanitaria y jurídico-penal, o bien aparecen como alguien que "ya no es capaz de buscarse la vida por si mismo", alguien que "está acabado" frente a los otros usuarios de opiáceos (heroinómanos) De una manera u otra, el usuario de metadona continua estigmatizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberti (2002). Consumir heroína: relaciones, significados y vida cotidiana. Girona, Servei de Publicacions.
- Albira, F. (1991). Metodología de la evaluación de programas. Madrid: CIS.
- Alcazar, V. & Canals, A. (1995). *Una visión de los usuarios de Programas de mantenimiento con metadona (Documento)*. En Debate Social Plan Nacional de Drogas. Barcelona.
- Brumer, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Buning, E. (1994). Methadone in Europe. *The International Journal of Drug Policy*, 5, 221-225.
- Caplehorn, J.R., Bell, J., Kleinbaum, D.G. & Gebiski, V.J. (1993). Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. *Addiction*, 88, 119-124.
- Casas, M. (1996). Tratamiento de las toxicomanías. Conferencia realizada en las Jornadas sobre toxicomanías. Fundación Caixa de Manresa.
- Comissió Tècnica territorial de les Comarques de Barcelona. (1995). *Programes de tractament amb metadona (PTM)*. Barcelona.
- Debate Social Plan Nacional de Drogas. (1995). Alternativas de abordaje asistencial para colectivos de ciudadanos usuarios de opiáceos. Estrategias concretas orientadas a la reducción de daños para usuarios de opiáceos. Barcelona.
- Denzin, N. K. (1997). *Interpretative Ethnography. Ethnographic Practices for the 21 st Century*. University of Illinois, Urbana-Champaign. London: Sage.
- Domingo-Salvany, A., Pérez, K., Torrens, M., Bravo, M.J., Antó, J.M. and Alonso, J. (1999). Methadone treatment in Spain, 1994. *Drug and Alcohol Dependence* 56: 61-66.
- Farrell, M., Ward, J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G.V., Des Jarlais, D., Gossop, M & Strang, J. (1994). Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal*, 309, 997-1001.
- Fernandez Ballesteros, R. (Ed.) (1995). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Goldstein, A. (1995). *Adicción*. Ediciones en Neurociencias: Barcelona.
- Hartnoll R.L., Mitcheson, M.C., Battersby, A, Brown, G., Ellis, M., Fleming, P. & Hedley, B.M. (1980). Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 37, 877-884.
- Ibañez, J. (1985). Las medidas de la sociedad. *Reis*, 29, 85-127.
- Insúa, P. (1996). La prevención del sida a nivel comunitario: un programa de investigación-acción con el colectivo de consumidores de drogas por vía parenteral. En S.Juan Guillén (Ed.), *Intervención Psicosocial*. Editorial Anthropol.
- Mays, N. & Pope, C. (1995). Observational methods in health care settings. *British Journal of Addiction*. 311, 182-184.
- Montero, M. (1994). Entre el asistencialismo y la autogestión: la psicología comunitaria en la encrucijada. *Intervención Psicosocial*. 7, 7-19.
- Nava, N., López, C., Sanz, J. & Sanchez, M. (1998). *Avaluació del PMM al Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències de Sabadell*. Treball de post-grau en Salut Comunitària. EUI Terrasa.
- Nurco, D., Stephenson, P. & Hanlon, T. (1990-1991). Aftercare/Relapse prevention and the self-help movement. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1179-1200.
- Pérez, K & Domingo, A. (1995). Características de los centros que realizan mantenimiento con metadona en España. IMIM: Barcelona.
- Proyecto de investigación. Albertin, P. (1995). *Del factor individual a la práctica colectiva: estudio de un grupo de consumidores de heroína*. Director: Lupicino Iñiguez. Codirector: Richard Hartnoll. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Roca, F., Gómez, M., & Paños, M. (1989). Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollado en València desde 1983 hasta 1987. *Comunidad y drogas*, 45: 13-14
- Rodriguez-Martos, D. (1994). Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 6, 358-361.
- Ruiz, J.I. & Ispizua, M.A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sanchez-Candamio, M. (1995). La etnografía en Psicología Social. , 5, 27-40.
- Sanchez-Candamio, M (en prensa). Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. *Atención primaria*.
- Santos, M.A. (1993). *Hacer visible lo cotidiano. Tª y práctica de la evaluación cualitativa de los centros escolares*. Madrid: Akal .
- Silva, A. & Aragón, L.E. (1998). La controversia entre lo cualitativo y lo cuantitativo en la investiga-

ción social: una disputa estéril. *Intervención psicosocial*, 7, 97-113.

Torralba, L. (1993). Papel de la metadona en el tratamiento del paciente heroínómano. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, volumen 0, nº 0.

Torrens, M. (1993). Developments in methadone treatment in Barcelona and Spain. En M. Reisinger (Eds.), *Aids and drug addiction in the European Community* (188-194). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction . Commission of Europe-

an Communities.

Torrens, M., Castillo, C. & San, L., (1995). Programas de metadona de bajo umbral. En M. Casas y Cols. (Eds.), *Avances en Drogodependencias* (45-58). Ediciones en Neurociencias: Barcelona.

Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., Domingo, A. & Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92, 707-716.

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos

La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos