

Tesi Doctoral

**Programes de Manteniment amb Metadona a
Barcelona: un estudi de cost-efectivitat**

Elisabet Puigdollers Muns 2003



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psicologia de l'Educació

Programa de Doctorat en Psicologia de l'aprenentatge humà

Universitat Autònoma de Barcelona

**Programes de Manteniment amb Metadona a
Barcelona: un estudi de cost-efectivitat**

Memòria presentada per l'Elisabet Puigdollers i Muns per optar al títol de Doctora per la Universitat Autònoma de Barcelona. Treball realitzat sota la direcció de les Doctores Antònia Domingo-Salvany a la Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris (URSS) de l'Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) i M. Carmen Saldaña García del Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic de la Universitat de Barcelona.
Programa de Doctorat de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Signatura de la directora de tesi
Dra. Antònia Domingo-Salvany

Signatura de la co-directora de tesi
Dra. M. Carmen Saldaña García

Signatura del tutor
Dr. Ramón Bayés Sopena

Signatura de la doctoranda
Elisabet Puigdollers Muns

Agraïments

Probablement les millors parts d'aquesta tesi són fruit del treball en equip. Per això vull agrair la col·laboració de totes les persones que en diferents moments han participat en el seu desenvolupament:

A les persones que van acompanyar-me en la recerca:

L'Antònia Domingo-Salvany per dirigir aquest treball de recerca, per la seva disponibilitat i per haver-me aconsellat i donat suport en tot el que he necessitat i en tot el llarg procés d'elaboració de la tesi.

La Carmina Saldaña per haver-me iniciat en el món de la psicologia clínica i també en el món de la recerca i per haver-me facilitat tot allò que necessitava en el moment precís.

La Montse Ferrer i en Jordi Alonso per la seva claredat d'idees i per l'oportunitat dels seus comentaris i suggeriments.

En Francesc Cots per la paciència i per haver participat en l'elaboració de l'anàlisi econòmica.

La Gemma Vilagut per la seva inestimable ajuda en les anàlisis estadístiques i altres menesters més personals.

En Dave Mac Farlane per la seva disponibilitat i per haver fet un suport tècnic informàtic eficientíssim.

La M. Teresa Brugal i a l'Estela Díaz de Quijano. Per donar-me accés a les bases de dades en les que es registraven les visites dels centres. Per la seva energia i bona disposició.

La Marta Torrens. Per la seva amabilitat en revisar originals i en assessorar-me sobre qualsevol dubte que em sorgís referit al tractament de les toxicomanies.

La Yolanda Feligreras, que va ser la becària que va començar el projecte. Gràcies per deixar-m'ho tot a punt per a continuar-lo.

Els professionals dels Centres d'Atenció i Seguiment de Barcelona (Sarrià, Sants, Nou Barris, Garbivent i Barceloneta) que cada dia intenten augmentar la qualitat de vida dels seus malalts.

Tots els pacients dels programes de manteniment amb metadona que van participar.

A les persones que van fer que la doctoranda no sucumbís en els moments baixos:

La Sandra Pérez, a la Sali Santed, a la Puri Barbas, que m'han ajudat, cada una d'una manera diferent, a tenir una vida una mica més fàcil.

En Chema Valderas i en Carles Rovira, la Ma. Carmen Rodríguez, en Pep Puigvert, la Berta Romera, la Montse Martínez, en Josu Almansa, l'Olatz Garin, l'Àngels Pont, en Miquel Codony... i, en general, tots els de la Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris per haver estat capaços de crear un ambient que convidava a venir a treballar (encara que fos dilluns).

Les persones que treballen a l'IMIM i a l'IMAS i que he tingut la sort de conèixer i de poder compartir amb elles inquietuds, nervis, dinars al solet, alegries i també algun "soparel·lo": Laureta, Nu, Mo, Ruthy, Marta Riu, Mercè, Eduard, Joan i Cristina.

Els amics i amigues: Les col·legues de la UTC, els companys i companyes de la facultat –que veig menys del que m'agradaria-, als amics de la comarca –que encara veig menys!!!-, però que continuo sentint com a molt propers. A tots els amics que he anat fent al llarg de la vida. Pel seu afecte i perquè moltes vegades han cregut en mi més que jo mateixa.

En David que m'ha escoltat pacientment i que ha compartit amb mi les seves bones idees, m'ha animat a seguir endavant i per moltes coses més que no acabaria mai d'enumerar (entre elles les truites de patates i les seves especialitats al wok!).

Els meus germans (Lluís i Ramon) per la seguretat que dona saber que passi el que passi estaran allà quan els necessiti.

La meva mare, que és la millor fan incondicional que es pot tenir.

Índex

<u>1</u>	<u>INTRODUCCIÓ</u>	<u>1</u>
<u>1.1</u>	<u>L'OPI. INTRODUCCIÓ HISTÒRICA</u>	<u>1</u>
<u>1.2</u>	<u>ASPECTES FARMACOLÒGICS DELS OPIOIDS</u>	<u>2</u>
<u>1.2.1</u>	<u>VARIABLES RELACIONADES AMB L'AGENT O SUBSTÀNCIA</u>	<u>3</u>
<u>1.2.2</u>	<u>VARIABLES RELACIONADES AMB LA PERSONA QUE CONSUMEIX</u>	<u>4</u>
<u>1.2.3</u>	<u>VARIABLES AMBIENTALS</u>	<u>4</u>
<u>1.2.4</u>	<u>LA TOLERÀNCIA</u>	<u>5</u>
<u>1.3</u>	<u>EL CONSUM D'HEROÏNA</u>	<u>6</u>
<u>1.4</u>	<u>ELS TRACTAMENTS AMB METADONA</u>	<u>8</u>
<u>1.5</u>	<u>PROGRAMES DE MANTENIMENT AMB METADONA A ESPANYA</u>	<u>10</u>
<u>1.6</u>	<u>AVALUACIÓ DELS SERVEIS AUXILIARS EN PROGRAMES DE MANTENIMENT AMB METADONA</u>	<u>12</u>
<u>1.7</u>	<u>APROXIMACIÓ A ALGUNS TERMES QUE USAREM EN L'ESTUDI</u>	<u>13</u>
<u>1.7.1</u>	<u>EFICÀCIA</u>	<u>13</u>
<u>1.7.2</u>	<u>EFFECTIVITAT</u>	<u>13</u>
<u>1.7.3</u>	<u>COST-EFFECTIVITAT</u>	<u>14</u>
<u>1.7.4</u>	<u>ADHERÈNCIA AL PROGRAMA</u>	<u>14</u>
<u>1.7.5</u>	<u>RETENCIÓ EN EL TRACTAMENT</u>	<u>14</u>
<u>1.7.6</u>	<u>DOSIS "TAKE-HOME"</u>	<u>15</u>
<u>1.8</u>	<u>JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI</u>	<u>15</u>
<u>1.9</u>	<u>OBJECTIU DEL PROJECTE</u>	<u>17</u>
<u>1.10</u>	<u>HIPÒTESIS</u>	<u>18</u>
<u>1.10.1</u>	<u>HIPÒTESIS PRINCIPALS</u>	<u>18</u>
<u>1.10.2</u>	<u>HIPÒTESIS SECUNDÀRIES</u>	<u>19</u>
<u>2</u>	<u>MATERIAL I MÈTODE</u>	<u>20</u>
<u>2.1</u>	<u>DISSENY</u>	<u>20</u>
<u>2.2</u>	<u>SUBJECTES</u>	<u>20</u>
<u>2.3</u>	<u>EL CONSENTIMENT INFORMAT</u>	<u>20</u>
<u>2.4</u>	<u>ELS CENTRES D'ATENCIÓ I SEGUIMENT MUNICIPALS DE BARCELONA</u>	<u>21</u>
<u>2.5</u>	<u>RECLUTAMENT</u>	<u>22</u>
<u>2.6</u>	<u>INSTRUMENTS</u>	<u>23</u>
<u>2.6.1</u>	<u>ENTREVISTA</u>	<u>23</u>
<u>2.6.2</u>	<u>EL PERFIL DE SALUT DE NOTTINGHAM</u>	<u>23</u>
<u>2.7</u>	<u>PRINCIPALS VARIABLES DE SEGUIMENT</u>	<u>26</u>
<u>2.7.1</u>	<u>LA RETENCIÓ EN EL TRACTAMENT</u>	<u>26</u>
<u>2.7.2</u>	<u>LA QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT</u>	<u>26</u>
<u>2.7.3</u>	<u>CONSUM D'OPIACIS IL·LEGALS (ORINES POSITIVES)</u>	<u>27</u>
<u>2.8</u>	<u>VARIABLES DE SEGUIMENT SECUNDÀRIES</u>	<u>27</u>
<u>2.8.1</u>	<u>LA PREGUNTA DE SALUT GENERAL</u>	<u>27</u>
<u>2.8.2</u>	<u>INJECCIÓ I ÚS DEL PRESERVATIU</u>	<u>28</u>
<u>2.8.3</u>	<u>DETENCIONS I TREBALL</u>	<u>28</u>

<u>3</u>	<u>ANÀLISI DE DADES</u>	31
<u>3.1</u>	<u>ANÀLISI BASAL</u>	31
<u>3.2</u>	<u>ANÀLISI DE SEGUIMENT</u>	32
<u>3.2.1</u>	<u>RETENCIÓ EN TRACTAMENT</u>	32
<u>3.2.2</u>	<u>ANÀLISI DE L'EVOLUCIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA</u>	33
<u>3.2.3</u>	<u>ANÀLISI COSTOS</u>	33
<u>3.2.3.1</u>	<u>Cost unitari directe per minut d'activitat ajustat per productivitat</u>	33
<u>3.2.3.2</u>	<u>Cost unitari directe per minut contractat (no ajustat per productivitat)</u>	35
<u>3.2.3.3</u>	<u>Cost de cada programa</u>	36
<u>3.2.4</u>	<u>COST-EFECTIVITAT</u>	37
<u>4</u>	<u>RESULTATS</u>	39
<u>4.1</u>	<u>DADES BASALS</u>	39
<u>4.2.1</u>	<u>CARACTERÍSTIQUES EN FUNCIÓ DEL PROGRAMA ASSIGNAT</u>	43
<u>4.3</u>	<u>SEGUIMENT</u>	47
<u>4.3.1</u>	<u>RETENCIÓ EN TRACTAMENT</u>	47
<u>4.3.2</u>	<u>ELS SUBJECTES PERDUTS DURANT EL SEGUIMENT</u>	51
<u>4.3.2.1</u>	<u>Característiques a l'inici del tractament dels perduts</u>	52
<u>4.3.3</u>	<u>PREGUNTA DE SALUT GENERAL</u>	56
<u>4.3.4</u>	<u>PERFIL DE SALUT DE NOTTINGHAM</u>	57
<u>4.3.5</u>	<u>COSTOS</u>	60
<u>4.3.6</u>	<u>COST-EFECTIVITAT</u>	61
<u>4.3.7</u>	<u>ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT</u>	62
<u>4.3.8</u>	<u>CONSUM D'OPIACIS IL·LEGALS (ORINES POSITIVES)</u>	65
<u>4.3.9</u>	<u>INJECCIÓ, ÚS DEL PRESERVATIU, DETENCIONS I TREBALL</u>	65
<u>5</u>	<u>DISCUSSIÓ</u>	67
<u>5.1</u>	<u>LES HIPÒTESIS</u>	68
<u>5.2</u>	<u>CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA ABANS DE COMENÇAR EL TRACTAMENT</u>	74
<u>5.3</u>	<u>CARACTERÍSTIQUES DELS SUBJECTES PERDUTS</u>	77
<u>5.4</u>	<u>LIMITACIONS DE L'ESTUDI</u>	78
<u>5.5</u>	<u>IMPLICACIONS</u>	81
<u>5.6</u>	<u>CONCLUSIONS</u>	85
<u>6</u>	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	86

Índex figures

FIGURA 1. EFECTE DEL CONSUM D'HEROÏNA VERS EL DE METADONA	9
FIGURA 2. SITUACIÓ DELS CENTRES D'ATENCIÓ I SEGUIMENT MUNICIPALS	21
FIGURA 3. DIAGRAMA DE RECLUTAMENT DELS PACIENTS	22
FIGURA 4. PUNTUACIÓ GLOBAL DEL PSN INICIAL, PROVA DE NORMALITAT	45
FIGURA 5. PUNTUACIONS MITJANES DEL PERFIL DE SALUT DE NOTTINGHAM.	45
FIGURA 6. FUNCIONS DE SUPERVIVÈNCIA SEGONS PROGRAMA	48
FIGURA 7. FUNCIONS DE SUPERVIVÈNCIA EN FUNCIÓ DEL PROGRAMA ESTRATIFICANT PER CENTRE	50
FIGURA 8. PSN A L'INICI DEL TRACTAMENT	54
FIGURA 9. PSN A L'INICI DEL TRACTAMENT: COMPLETEN UN ANY VERS CENSURATS VERS ABANDONEN	55
FIGURA 10. SALUT GENERAL BONA O MOLT BONA SEGONS EL PROGRAMA	56
FIGURA 11. MITJANA DE LES PUNTUACIONS DEL PSN SEGONS TEMPS EN TRACTAMENT I PROGRAMA	58
FIGURA 12. PERFIL DE SALUT DE NOTTINGHAM A L'INICI I AL MES DE TRACTAMENT	59
FIGURA 13. PUNTUACIÓ GLOBAL DEL PSN AL MES, PROVA DE NORMALITAT	59
FIGURA 14. VISITES SEGONS PROGRAMA DE TRACTAMENT I ESPECIALISTA	64
FIGURA 15. EVOLUCIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES EN FUNCIÓ DEL PROGRAMA	66

Índex taules

TAULA 1. DIMENSIONS DEL PERFIL DE SALUT DE NOTTINGHAM	25
TAULA 2. MESURES DE SEGUIMENT	30
TAULA 3. ACTIVITAT DELS CAS DE BARCELONA 1998	34
TAULA 4. COSTOS DE L'ACTIVITAT DELS CINQ CENTRES L'ANY 1998	35
TAULA 5. CARACTERÍSTIQUES DELS PACIENTS EN FUNCIÓ DEL GÈNERE	41
TAULA 6. ÚS SISTEMÀTIC DEL PRESERVATIU: REGRESSIÓ LOGÍSTICA AJUSTADA	42
TAULA 7. CARACTERÍSTIQUES EN FUNCIÓ DEL PROGRAMA DE TRACTAMENT	43
TAULA 8. MODEL DE REGRESSIÓ LINEAL. PUNTUACIÓ GLOBAL DEL PERFIL DE SALUT DE NOTTINGHAM	46
TAULA 9. CARACTERÍSTIQUES DELS PACIENTS A L'INICI DEL TRACTAMENT	54
TAULA 10. VALORACIÓ DE COSTOS SEGONS PROGRAMA (EN €)	60
TAULA 11. RELACIÓ DEL COST PER PACIENT I L'INCREMENT DEL NIVELL DE QUALITAT DE VIDA SEGONS PROGRAMA.	62
TAULA 12 COMPARACIÓ DELS MODELS D'ATENCIÓ DIRIGITS A PROBLEMES DE SALUT AGUTS VERS CRÒNICS.	83

<u>ANNEX 1. PERFIL DE SALUT DE NOTTINGHAM</u>	<u>95</u>
<u>ANNEX 2. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA</u>	<u>101</u>
<u>ANNEX 3. “CHARACTERISTICS OF HEROIN ADDICTS ENTERING METHADONE MAINTENANCE TREATMENT:QUALITY OF LIFE AND GENDER”</u>	<u>106</u>
<u>ANNEX 4. “PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO DE METADONA CON SERVICIOS AUXILIARES: UN ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD”</u>	<u>130</u>

1 Introducció

1.1 *L'opi. Introducció històrica*

El consum de substàncies psicoactives, i concretament de l'opi, amb finalitat curativa, místico-religiosa o com a font de plaer és tan antic com la mateixa història de la humanitat. En l'antiga Sumèria i en altres zones del l'orient mitjà s'han trobat escrits que es remunten a 4000 anys abans de Crist i que es refereixen a extractes de gallaret amb poder narcotitzant. Els Grecs van usar l'opi amb finalitat medicinal i lúdica. La paraula *opi* deriva d'opos, el nom grec de suc, l'opi era el suc del gallaret, *papaver somniferum*. A l'Odissea (s. IIX o IX A. C.) es fa referència a una droga que s'usava per a provocar una sensació de placidesa seguida de somnolència i son. Galeno, en el segle II, administrava opi per a alleujar el mal de cap, malalties de la vesícula biliar, còlics i càlculs renals. També l'utilitzava per a mitigar l'agitació respiratòria dels asmàtics i en els atacs de congestió cardíaca. El Déu romà de la son (Somnus) es representava sovint amb un recipient ple d'essència de cascall (opi) (Snyder, 1992). Les primeres referències fiables sobre la dependència de l'home al cascall procedeixen de finals del segle XVI i XVI, concretament l'any 1578, un metge xinès va escriure: *l'adormidora produeix un producte medicamentós que cura, però mata com un sabre*; un tal Dr. John Jones comentava: *L'abandonament bruscat de les preses d'opi després d'un dilatat consum ocasiona greus, i fins i tot inaguantables congoixes, ansietats i depressions d'ànim que, comunament, acaben amb una mort misèrrima, amb patiments estranys i horribles, a no ser que es torni a prendre opi* (Snyder, 1992).

L'any 1806 un químic alemany, Friedrich Sertürner, va aïllar la morfina de l'adormidora, que, un cop inventada la xeringa hipodèrmica al 1853, i diluïda en solucions aquoses es va poder injectar directament al corrent sanguini. L'ús amb finalitat hedonística de l'opi a Europa va començar amb els escrits dels

romàntics anglesos (De Quincey, Coleridge, Browning) del segle XIX. De fet, l'ús de la morfina injectada amb finalitat analgèsica es va generalitzar durant la guerra civil nord-americana i la guerra franco-prussiana. I van ser tants els combatents que quan tornaven a les seves llars eren addictes a la morfina injectable, que es va anomenar “la malaltia del soldat”.

L'any 1875 es va sintetitzar l'heroïna i el 1898 Bayer va ser la primera companyia que la va comercialitzar, com a medicament per a la tos. La seva administració era via oral. Curiosament va ser promocionada amb el supòsit que era *no addictiva*, en contrast amb els altres que contenien codeïna, i no es va detectar el potencial addictiu fins a 25 anys després de la seva síntesi.

1.2 Aspectes farmacològics dels opioïds

El terme opioïd fa referència de forma àmplia a tots aquells compostos relacionats amb l'opi. Els opiacis són les substàncies derivades de l'opi, i inclouen els productes naturals morfina, codeïna i força derivats semi-sintètics. Els *pèptids opioïds endògens* són els lligants naturals dels receptors opioïds en els humans.

Els opioïds com ara l'heroïna i la morfina exerceixen els seus efectes mimetitzant les substàncies naturals, els *pèptids opioïds endògens* o *endorfines*. El sistema opioïd està implicat en diverses funcions que inclouen el rol sensorial, i és prominent en la capacitat d'inhibir la resposta als estímuls dolorosos; també té una funció moduladora en les funcions gastrointestinals, endocrines i autonòmiques; un rol emocional, que es mostra en el poder reforçador i addictiu dels opioïds; i un rol cognitiu en la modulació de l'aprenentatge i la memòria (Gutstein & Akil, 2001).

La probabilitat que una persona arribi a ser addicta a una substància depèn de diverses variables que operen simultàniament i interactuen. Aquestes variables

es poden agrupar en tres categories: l'agent (substància), la persona (usuari), i l'ambient.

1.2.1 Variables relacionades amb l'agent o substància

La capacitat per a produir sensacions immediates i plaents en l'usuari depèn de la substància. Aquelles que produeixen intenses sensacions bones i immediates (eufòria), són les que és més fàcil que es prenguin repetidament. El poder reforçador d'una droga es refereix a l'increment de la probabilitat de que aquella substància pugui ser usada de forma abusiva. Les propietats reforçants de les drogues estan relacionades amb l'increment de nivells de neurotransmisors en àrees crítiques del cervell. Els opioïds, igual que la cocaïna, les amfetamines i l'alcohol, incrementen la dopamina el la zona del nucli accumbens. Contràriament les substàncies que bloquegen els receptors dopaminèrgics generalment produeixen sensacions desagradables, generen efectes disfòrics. De tota manera, tot i l'estreta relació entre la dopamina i l'eufòria-disfòria, no s'ha pogut establir una relació causal, i hi ha troballes que destaquen el paper d'altres mecanismes mediadors de l'efecte reforçador de les drogues (GABAèrgic, serotoninèrgic, opioidèrgic, i noradrenèrgic) (O'Brien, 2001).

El potencial d'abús d'una droga s'incrementa en funció de la rapidesa d'arribada. Si els efectes es donen ràpidament després de l'administració, augmenta la probabilitat d'iniciar la cadena d'aconteixements que condueixen a la pèrdua de control en la presa de droga. Les variables farmaco-cinètiques que influencien el temps que triga la droga a reaccionar amb els receptors de les zones crítiques és fonamental. Per aquest motiu la via usada (mastegada – absorció via oral o membranes mucoses-, gastrointestinal, intranasal, subcutània i intramuscular, intravenosa, inhalada) i la manera en que es pren, estan relacionats amb el potencial addictiu.

Els aspectes farmacològics dels opioïds per sí sols no poden explicar el fenomen de l'addicció. Tot i que les característiques de la substància són molt importants, molta gent que experimenta amb drogues que tenen un nivell elevat de risc de produir addicció, no intensifiquen el seu ús ni perden el control. Per això cal considerar les variables personals i ambientals en les que es produeix el consum.

1.2.2 Variables relacionades amb la persona que consumeix

En general, els efectes de qualsevol substància varia segons l'individu. El polimorfisme genètic que codifica els enzims involucrats en l'absorció, metabolisme, excreció i en les respostes mediatees pel receptor pot contribuir en diferents graus al reforçament o eufòria observada en els individus. Per altra banda, els trastorns psiquiàtrics constitueixen una altra categoria referida a les característiques individuals. Les substàncies poden produir efectes subjectius que alleugin símptomes preexistents. Les persones amb angoixa, depressió insomni o altres problemes, poden sentir alleujament amb el consum de determinades drogues. De tota manera el benefici aparent d'aquest consum és transitori, i el consum repetit pot generar tolerància i eventualment un consum compulsiu i descontrolat. Tot i que els consumidors de drogues que van a tractament solen presentar símptomes psiquiàtrics, la majoria han aparegut després d'haver començat el consum (O'Brien, 2001). Així les drogues d'abús sembla que produeixin més símptomes psiquiàtrics dels que puguin alleujar.

1.2.3 Variables ambientals

L'inici i el manteniment de l'ús de substàncies il·legals sembla estar influenciat significativament per les normes socials i la pressió del grup d'iguals. Al començament, prendre drogues, pot ser viscut com a una rebel·lió contra l'autoritat. En algunes comunitats els usuaris de drogues i els traficants actuen com a model respectat i d'èxit, i per tant els joves els imiten. A més pot ser una

de les opcions de diversió. Aquests factors són especialment importants en comunitats en les que el nivell d'educació és baix i les oportunitats laborals són escasses (O'Brien, 2001).

1.2.4 La tolerància

L'ús repetit d'una determinada substància genera una resposta diferent del cos a la mateixa. La tolerància és la reducció de la resposta a la droga després de l'ús repetit de la mateixa, de manera que cal una dosi més elevada per aconseguir el mateix efecte que s'obtenia en les dosis inicials.

El desenvolupament de la tolerància és molt més ràpid per determinats efectes dels opioïds que per altres. Per exemple la tolerància es desenvolupa ràpidament pels efectes euforitzants de l'heroïna, i els addictes tendeixen a augmentar la dosi per a reexperimentar-la. En canvi, la tolerància als efectes gastrointestinals, es desenvolupa més lentament.

La tolerància innata es refereix a la sensibilitat o insensibilitat innata a una substància que s'administra per primera vegada. Pot tractar-se d'una variable de la persona que pot influenciar el desenvolupament de l'abús de la substància.

La tolerància adquirida es pot dividir en tres tipus:

la farmacocinètica: fa referència als canvis en la distribució o en el metabolisme de la substància després de l'administració repetida de la mateixa. Habitualment el mecanisme d'aquest fenomen és un increment en la taxa de metabolisme de la droga, obtenint com a resultat uns nivells més baixos en plasma, a la vegada que una disminució en l'efecte de la substància.

la farmaco-dinàmica: es refereix als canvis adaptatius que es donen entre els sistemes amb els que la substància interactua, de manera que la resposta a certa concentració de droga es redueix. Un exemple seria els canvis en la densitat dels receptors.

l'apresa: es refereix a la reducció dels efectes de la droga deguts a un mecanisme compensatori après. Una tolerància apresada és la comportamental. Es refereix a les habilitats que s'han desenvolupat a partir dels contactes repetits amb la substància. Un cas especial de tolerància comportamental és la condicionada (tolerància específica per a una situació). Es genera a partir del contacte amb senyals que prèviament han estat associades repetitivament a l'ús de la substància. A través dels mecanismes d'aprenentatge aquestes olors, visions, o situacions que poden predir l'administració de la droga, els efectes de la mateixa són menors (tolerància). Aquest mecanisme de tolerància condicionada segueix els principis del condicionament clàssic Pavlovià i es manifesta amb una tolerància que es fa evident en les situacions en les que la droga és "esperada". En canvi si la droga es dona en circumstàncies noves o "inesperades" la tolerància es redueix, i els efectes de la droga són més importants (O'Brien, 2001).

1.3 El consum d'heroïna

L'heroïna, com la resta d'opioides, és una substància depressora del sistema nerviós central que simultàniament produeix alguna acció estimuladora. A dosi baixa és un potent analgèsic, que eleva el llindar de la percepció dolorosa i modifica la resposta afectiva desagradable que l'acompanya, i pot arribar fins i tot a produir eufòria. Un signe associat al consum és la miosi i no és infreqüent l'aparició de nàusees i vòmits. A dosi elevada produeix somnolència, estupor i fins i tot coma amb midriasi paralítica (les pupil·les es dilaten i no reaccionen a estimulació lumínica). Altres efectes són l'inhibició del tracte gastrointestinal i del sistema endocrí, la vasodilatació perifèrica i, especialment, la depressió dels

centres respiratoris que es fan insensibles a l'efecte del diòxid de carboni i pot arribar a la parada respiratòria.

Després d'un consum reiterat d'heroïna durant unes setmanes apareix la tolerància, com a pèrdua d'efecte de la droga, que obliga al consumidor a augmentar-ne gradualment la dosi per a aconseguir un mateix efecte. En el cas de l'heroïna es pot passar a consumir de 20 mg (que ja són tòxics per a una persona no addicta) a un gram –admetent una puresa del 10 al 15% - .

Per altra banda, la supressió del consum després d'un consum habitual d'opiacis fa aparèixer la síndrome d'abstinència. El quadre comença unes 6 a 8 hores després de la darrera dosi amb insomni, llagimeig, tremolors, nàusees i midriasi, símptomes que juntament amb l'ansietat i la necessitat impulsiva de consumir droga, van augmentant progressivament. Posteriorment es produeix un augment de la tensió arterial, elevació de la temperatura corporal i de les freqüències cardíaca i respiratòria, còlics, vòmits, ejaculació i orgasmes espontanis. La màxima intensitat es situa entre les 24 i les 72 hores i sol tenir una durada d'entre 7 i 10 dies fins a la desaparició dels símptomes. Tot i resultar un procés angoixós, difícilment posa en perill la vida del toxicòman.

El consum excessiu d'heroïna, i en general d'opiacis, per sobre de la tolerància individual a la droga, pot causar la sobredosi, greu intoxicació aguda caracteritzada clínicament per l'alteració del nivell de consciència amb inhibició sensorial, miosi puntiforme (pupilles contretes), hipotensió i depressió respiratòria acompanyada d'hipoventilació i cianosi generalment evident. L'intoxicació aguda pot arribar a produir la mort.

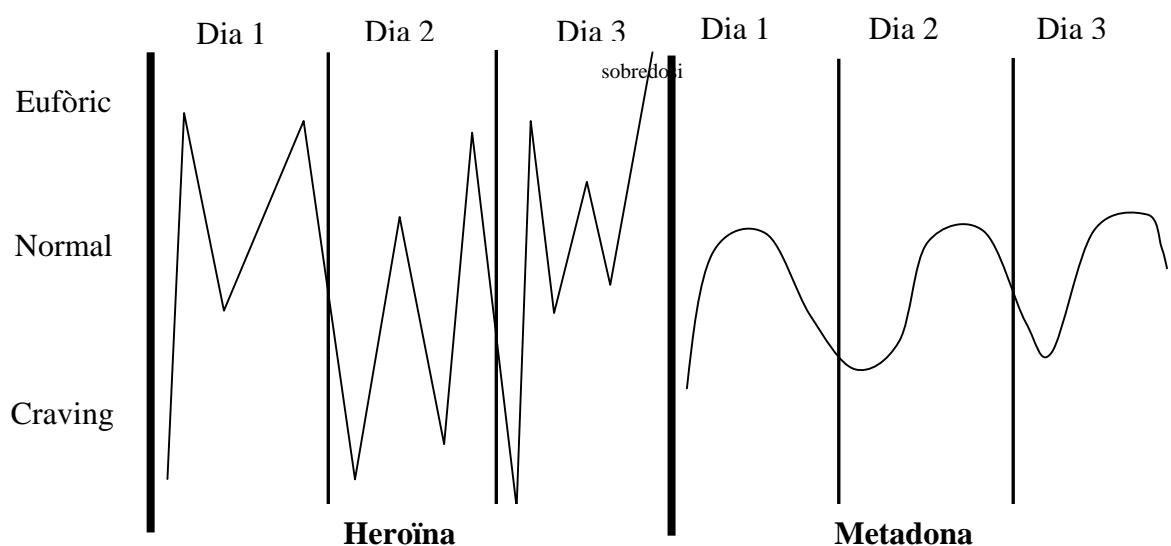
1.4 Els tractaments amb metadona

La metadona o 6-Dimethylamino-4,4-diphenylheptan-3-one Amidone va ser sintetitzada per químics alemanys durant la Segona Guerra Mundial. Es tracta d'un derivat de la morfina, un agonista opiaci, com l'heroïna, que actua lligant-se als receptors opiacis i generant una resposta similar en quant a l'efecte al que produiria el lligant natural.

La metadona administrada es metabolitza al fetge i el producte d'aquesta metabolització és el que usa el cos. L'excés de metadona s'emmagatzema en el fetge i corrent sanguini permetent un temps d'alliberament de 24 hores o més (Inturrisi & Verebely, 1972). A més dosi, més s'emmagatzema.

Els tractaments de manteniment amb metadona van aparèixer al voltant de 1963. Vincent Dole i Marie Nyswander van usar la metadona amb voluntaris addictes crònics a l'heroïna. Originalment Dole i Nyswander van considerar la dependència d'opiacis com un desordre fisiològic que es caracteritzava per una deficiència metabòlica permanent (Dole & Nyswander, 1965). L'ús de la metadona com a opiaci substitutiu permetia una forma legal i controlada d'administració d'opiacis, que sols calia que es prenguessin una vegada al dia. La metadona tenia les avantatges de ser barata, activa quan es prenia oralment, i d'una durada de l'efecte més llarga que altres opiacis com ara la morfina. L'acció de la metadona eliminava la síndrome d'abstinència entre 24 i 36 hores i les dosis altes de metadona diàries eren capaces d'eliminar el craving per l'heroïna i també de bloquejar els seus efectes euforitzants (Figura 1). D'aquesta manera l'individu tenia l'oportunitat d'augmentar la qualitat de la seva vida social i de treure beneficis dels serveis rehabilitadors i psicoterapèutics que eren una part del programa integral del programa de manteniment (Nyswander & Dole, 1967).

Figura 1. Efecte del consum d'heroïna vers el de metadona



Actualment les drogoaddiccions es consideren trastorns cerebrals crònics que cursen amb recaigudes i que es caracteritzen per una cerca i un ús compulsiu de la droga i que estan molt relacionats amb el comportament i el context social, els quals són part important del mateix desordre (Leshner, 1997). De fet les persones addictes a opiacis il·legals solen presentar diferents tipus de problemàtica associada al consum que afecta al seu estat de salut i a la seva qualitat de vida. A part de la dependència química de la substància els pacients tenen problemes psicològics, legals, familiars, socials i mèdics. En els programes de manteniment amb metadona es poden abordar d'una forma més o menys completa tots aquests problemes i en funció d'això seran més o menys integrals.

Els Programes de Manteniment amb Metadona (PMM) són els tractaments per a consumidors d'opiacis més estudiats i efectius en la reducció de comportaments criminals, mort, malaltia i ús de drogues il·legals (Dole et al., 1969; Newman & Whitehill, 1979; Gunne & Grönbladh, 1981). Igual que en la majoria de països, la major part de persones que decideixen iniciar un PMM són homes d'entre 25 i

40 anys, però es tracta d'un conglomerat de subgrups heterogenis (per exemple persones amb patologies físiques i/ o mentals, politoxicòmans, sense feina, etc.) que precisen, en ocasions, d'una atenció particular. Considerant aquesta problemàtica multifactorial, molts PMM inclouen serveis psicosocials i requereixen, per cada pacient, una valoració individual de la necessitat d'intervenció.

1.5 Programes de Manteniment amb Metadona a Espanya

Espanya, amb una estimació d'aproximadament 400 consumidors d'opiacis per cada 100.000 habitants (d'edats compreses entre els 16 i els 60), està entre els països amb índex més alts de consum problemàtic d'opiacis juntament amb Bèlgica, Portugal, Itàlia, Irlanda i França (Verster & Buning, 2000).

L'evolució del nombre de pacients atesos en programes de manteniment amb metadona a Espanya va experimentar un desenvolupament molt important la dècada dels 90. Es va passar de 3.043 pacients atesos l'any 1990 a 55.813 pacients l'any 1997 (Plan Nacional Sobre Drogas, 1999).

Per altra banda, a partir del 1997 els casos admesos a tractament per addicció a l'heroïna van anar disminuint, tot i que l'addicció a l'heroïna va continuar sent, en més del setanta per cent dels casos l'any 1999, la droga principal d'admissió en tractament (Observatorio Español de Drogas, 2001).

L'aparició de l'epidèmia pel virus de l'immunodeficiència humana (VIH), va facilitar que els PMM s'estenessin en tot el món i també a Espanya. L'evidència indica que els PMM són protectors en front a l'ús de la via injectada en el consum, ja que l'usuari en PMM no consumeix tant freqüentment com l'addicte a opiacis que no es tracta (Sees et al., 2000). Una àmplia varietat d'estudis amb dissenys diversos evidencien l'efectivitat dels PMM per a reduir

comportaments de risc relacionats amb el VIH, comportaments criminals, l'ús d'opiacis il·legals, i això s'ha observat en pacients de diverses procedències (Marsch, 1998). De tota manera, hi ha dades contradictòries, per exemple, els comportaments sexuals de risc, mesurats al llarg de 12 mesos amb la subescala del comportament sexual de risc pel VIH de l'escala Risk of AIDS Behavior, no van variar després de la participació en un PMM (Sees et al., 2000). Actualment la major part dels PMM no estan tan dirigits a l'abstinència del consum d'opiacis, sinó que la prioritat és l'augment de la salut i la disminució de riscos associada al consum i per tant cal considerar indicadors diferents a l'abstinència com a més adients per a mesurar l'efectivitat del programa. Alguns exemples serien: la disminució en l'incidència de malalties infeccioses associades a l'ús de material per al consum de la droga, l'augment en la qualitat de vida del pacient, la disminució en els comportaments de risc per a la salut relacionats amb el consum o la disminució dels delictes relacionats amb el consum.

Al llarg de la dècada dels noranta, els centres que oferien tractament amb metadona van millorar paulatinament les pràctiques terapèutiques, acostant-se cada vegada més a les que es descriuen a la literatura científica com les més efectives per a aquest tipus de tractament, però, de tota manera, a l'Estat Espanyol hi havia i encara hi ha una gran heterogeneïtat de formes d'implantació dels programes. No tan sols hi ha diferències pel que fa a l'organització estructural dins la xarxa assistencial, sinó també pel que fa a l'oferta d'altres recursos dins del programa i, fins i tot, al protocol d'administració de metadona (Domingo-Salvany et al., 1999) (Baillie, Webster, & Mattick, 1992) (Gossop & Grant, 1991) (Calsyn, Saxon, Blaes, & Lee-Meyer, 1990). Probablement aquesta variabilitat en l'implementació dels PMM sigui atribuïble en part a que no existeix un coneixement clar de l'efectivitat del tractament. És a dir, sembla que no es té clar sota quines condicions i amb quina filosofia s'obtenen uns resultats òptims.

1.6 Avaluació dels serveis auxiliars en Programes de Manteniment amb Metadona

En els estudis pioners sobre el tractament amb metadona, es va donar molta importància a la combinació de l'administració de la metadona amb el suport psicològic i social (Dole et al., 1965). En aquest sentit Ward (Ward, Darke, Hall, & Mattick, 1992) va suggerir la necessitat d'avaluar l'efectivitat de diferents tipus de programes i l'efecte sobre la retenció, l'ús de substàncies il·legals i comportaments de risc per a la salut. Més endavant, Farrell en una revisió sobre els tractaments amb metadona (Farrell et al., 1994) va concloure que calien estudis que definissin l'importància de l'estructura dels programes i que establissin les condicions mínimes necessàries perquè una intervenció fos efectiva, així com que s'identifiqués quin tipus de pacient responia millor a quin tipus de servei. De fet, l'efectivitat dels PMM sembla ser que varia en funció de les característiques del tractament més que no pas de les característiques dels propis pacients (Ball & Ross, 1991). Són els programes més efectius els que ofereixen dosis mitjanes adequades (60-90 mg.), que tenen com a objectiu que el pacient no abandoni el tractament - no pas que el pacient aconsegueixi l'abstinència de qualsevol opiàci (inclosa la metadona) - i els que ofereixen serveis auxiliars com ara assistència social i psicològica. L'evidència indica que els programes de manteniment amb serveis auxiliars són més eficaços que els que no n'ofereixen, i que la relació entre els serveis auxiliars i el resultat és de tipus dosi-resposta (a més serveis millors resultats) (McLellan, Arndt, Metzger, Woody, & O'Brien, 1993).

1.7 Aproximació a alguns termes que usarem en l'estudi

1.7.1 Eficàcia

L'**eficàcia** d'una intervenció generalment es pot obtenir realitzant assaigs controlats aleatoritzats. Fa referència al màxim benefici assolible en condicions òptimes. I es podria representar de la següent manera:

Eficàcia = màxim benefici assolible /màxim benefici concebible

Els assaigs controlats aleatoritzats generalment representen les condicions ideals per a l'implementació d'un tipus d'intervenció. L'estructura d'un assaig habitualment inclou personal suficient, atenció al seguiment i supervisió per a minimitzar la pèrdua de pacients i per maximitzar el compliment del protocol. Pocs centres de tractament, a la pràctica, tenen aquests recursos. Per tant els resultats obtinguts en un assaig controlat aleatoritzat probablement sobreestimarà la "vertadera" possibilitat de canvi d'una intervenció.

1.7.2 Efectivitat

L'**efectivitat** d'un tractament, en canvi, es refereix a la capacitat per a augmentar la salut en entorns naturals. L'efectivitat fa referència al màxim benefici assolit en condicions reals.

Efectivitat= màxim benefici assolit/ màxim benefici assolible

1.7.3 Cost-efectivitat

L'**anàlisi cost-efectivitat** dels serveis auxiliars en PMM consisteix en calcular i presentar una raó entre l'increment de costos i l'increment de l'efecte segons el programa. En els estudis de cost-efectivitat els efectes són mesures resultat de salut (i no pas mesures econòmiques com seria en el cas d'anàlisis cost-benefici).

1.7.4 Adherència al programa

L'adherència al programa es refereix a si el pacient o grup de pacients han utilitzat els recursos que els corresponien segons el programa al qual estaven assignats. Un pacient amb una bona adherència, en el context de l'estudi, és aquell que fa un ús adequat (segons prescripció) dels recursos que se li havien assignat. En canvi un pacient amb mala adherència faria referència a aquell que tot i tenir uns serveis assignats, no els ha utilitzat i també es refereix a aquell pacient que s'utilitza serveis auxiliars que no tenia assignats segons programa.

1.7.5 Retenció en el tractament

La retenció en el tractament l'usarem per a indicar la capacitat de mantenir un pacient en el programa (utilitzi o no els serveis que li correspondrien segons el programa al qual ha estat assignat). Operacionalment la retenció en el tractament (o en el programa) es va definir com al número de dies en que el pacient tenia assignada (i prenia) la dosi diària de metadona, fins que s'acabava l'estudi, era donat d'alta (prèvia disminució paulatina de la dosi per a fer una desintoxicació de metadona), o bé fins que el pacient deixava el tractament en el centre. La retenció en tractament dels casos que van fer desintoxicacions de metadona (les dosis anaven disminuint paulatinament abans de deixar el tractament) es va calcular considerant sols els dies que tenien assignada una dosi normal.

Així doncs, la mesura de la retenció és independent de si s'utilitzen o no els serveis auxiliars. El fet que els pacients prenguin la dosi diària implica que estan en contacte amb el centre (que és qui els subministra la metadona), ja sigui diàriament, o setmanalment en els casos que els pacients tinguin *dosis "take-home"*. Pels pacients, el contacte quotidià amb un centre de salut és un factor protector per a la salut.

1.7.6 Dosis "take-home"

Són les dosis que es lliuren als pacients setmanalment per a que se les prenguin a casa seva. Aquestes dosis es donen a pacients que durant tres mesos no han donat positiu a les analítiques de cocaïna ni d'heroïna i permeten al pacient no haver d'anar diàriament al centre a recollir la dosi de metadona. Aquest privilegi es perd quan hi ha orines positives per evitar el pas de metadona al mercat il·legal.

1.8 Justificació de l'estudi

El 1996 es va decidir incrementar l'oferta de places en els PMM de Barcelona i els Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) van acceptar participar en un estudi per avaluar diferents intensitats d'atenció sanitària, aprofitant que els serveis auxiliars sols podien oferir-se a un grup limitat de pacients, ja que no hi havia suficients recursos per a oferir a tothom les intensitats més altes. Així doncs, es va decidir diversificar l'oferta de PMM tot creant tres intensitats de tractament. Els pacients van ser assignats a cada intensitat, sense haver de contractar personal extra per fer els tractaments ni els seguiments. S'intentava així donar resposta a la necessitat de fer estudis per a avaluar l'efectivitat de tractaments amb components diferents i contrastar-los amb estudis previs que indicaven que, tot i que els programes amb més prestacions obtenien millors resultats que

els de baixes prestacions, els programes d'intensitat molt alta de serveis no sempre es podien considerar els més cost-efectius; per exemple prenent com a criteri l'abstinència d'heroïna a l'any de seguiment, en algun cas els programes d'intensitat moderada, van resultar ser els més cost-efectius (Kraft, Rothbard, Hadley, Mclellan, & Asch, 1997).

El context en el que es realitzà l'estudi (els CAS) és pot considerar "natural", en el sentit que l'implementació dels programes es va fer en centres de salut sense afegir recursos o personal addicional per fer l'estudi. Els CAS eren centres especialitzats en drogodependències que aleshores ja tenien una experiència consolidada en els tractaments (feia cinc anys que funcionaven).

Els Programes amb Metadona estaven orientats al manteniment. Les dosis de metadona i la durada del tractament s'establien segons l'impressió clínica i l'opinió del pacient. No hi havia límit de temps ni de dosi. Els requeriments que havien de complir els pacients per ser inclosos en el PMM eren un diagnòstic de dependència d'opioides (DSM-IV) i la voluntat del pacient de participar en el programa (baixa exigència per als pacients). La dosi diària es donava en el centre. Els pacients amb orines positives es derivaven al psiquiatra o al metge per considerar un possible augment en les dosis de metadona. Els pacients que, per qüestions laborals o familiars, no podien anar a recollir les dosis al centre, eren derivats a la farmàcia o al bus que els correspongués. El CAS de referència del pacient fa arribar la dosi diària de metadona a les farmàcies col·laboradores o al bus, i aquests funcionen com a serveis de dispensació de metadona.

Per a fer l'estudi cada centre va assignar als pacients que demandaven tractament per primera vegada a un dels tres programes disponibles:

El de **baixa intensitat** que consistia en administrar una dosi diària de metadona i fer el control mèdic de possibles patologies orgàniques. El **d'intensitat mitja**,

que a més de les atencions del bàsic, afegia suport socio-educatiu: elaboració d'una història social, informació i orientació de recursos de reinserció, econòmics i judicials, tallers educatius, coordinació amb les Unitats d'Atenció Primària Social. I el **d'alta intensitat** en el qual s'afegia, a més de les atencions del mig, el suport psico-terapèutic: teràpia educacional –prevenció de recaigudes, entrenament en estratègies d'afrontament per a facilitar el canvi d'hàbits-, detecció de psicopatologia i tractament psicopatològic o, en cas necessari, derivació del pacient.-

En quant a la freqüència de les visites no es va definir un màxim i, a posteriori, es va considerar que havien realitzat les visites suficients en funció del programa si el primer mes els pacients havien visitat una vegada al metge, a l'assistent social i al psicòleg i, com a mínim, una vegada al semestre al metge i dues a l'assistent social i al psicòleg (d'acord al programa).

1.9 Objectiu del projecte

Es tracta d'un dels primers estudis espanyols que pretenia avaluar, comparant diferents programes, els PMM. Concretament es volia valorar l'efectivitat dels tractaments utilitzant com a variables resultat principals:

- La retenció en tractament
- La qualitat de vida relacionada amb la salut
- Les orines positives

i com a variables resultat secundàries:

- La salut general
- Els comportaments de risc per a la salut
- L'adaptació a l'entorn

Per altra banda, es pretenia avaluar els programes a través d'una anàlisi **cost-efectivitat** utilitzant com a variable resultat l'increment de la qualitat de vida relacionada amb la salut.

1.10 Hipòtesis

1.10.1 Hipòtesis principals

A més intensitat de tractament, a un any de seguiment, millors resultats:

- (1) Els programes de major intensitat mostraran un nivell de retenció més elevat que els d'intensitat mitja i els de mitja un nivell més elevat que els de baixa.
- (2) Els pacients assignats a un programa de major intensitat mostraran una millor qualitat de vida relacionada amb la salut (PSN) .
- (3) Els pacients assignats a un programa de major intensitat usaran menys freqüentment drogues il·legals (menys orines positives).
- (4) A més intensitat de tractament, a un any de seguiment, els costos seran més elevats.
- (5) Es donarà una relació directament proporcional entre l'increment de qualitat de vida relacionada amb la salut i l'increment de costos en funció del programa assignat.

1.10.2 Hipòtesis secundàries

Els pacients assignats als programes de major intensitat de serveis:

- (1) A l'any de seguiment, informaran gaudir de millor salut general.

Al llarg del seguiment hauran disminuït en major mesura els comportaments de risc per a la salut:

- (2) Utilitzaran la via injectada en menor grau.
- (3) Usaran més el preservatiu sistemàticament.

Gaudiran d'una millor adaptació a l'entorn:

- (4) Tindran menys detencions que els assignats als de mitja o baixa.
- (5) Hauran patit menys atur que els assignats als de mitja o baixa.

2 Material i Mètode

2.1 *Disseny*

Estudi de seguiment a un any en el qual es pretenia entrevistar i seguir 600 pacients opiaci-depenents (DSMIV).

Per qüestions ètiques, donat que l'evidència prèvia indicava que els programes amb serveis auxiliars eren els més efectius (McLellan, Arndt, Metzger, Woody, & O'Brien, 1993), no va ser possible randomitzar els tractaments. Els pacients que complien els criteris d'inclusió, quan sol·licitaven participar en un PMM, eren assignats al programa amb més alt nivell de serveis auxiliars disponible (hi havia 40 places de cada nivell en cada centre). Així doncs, en la majoria de casos els programes d'alta intensitat van ser els que primer es van completar, seguits dels de mitjana i els de baixa intensitat. L'assignació consecutiva (per ordre d'arribada) la feia la direcció del centre.

Es tracta d'un disseny quasi-experimental.

2.2 *Subjectes*

Els participants van ser pacients que complien criteris per al diagnòstic de dependència d'opiacis (DSMIV) i que mai, anteriorment, havien participat en programes de tractament amb metadona.

2.3 *El consentiment informat*

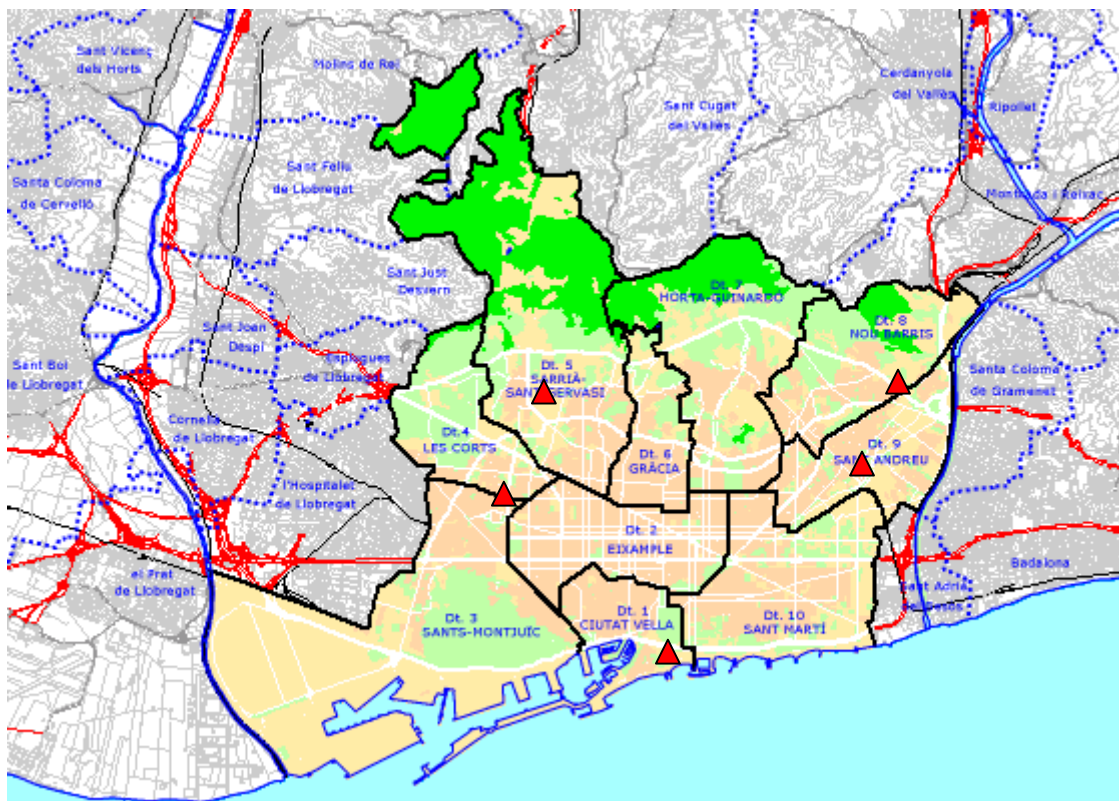
El consentiment informat es va elaborar amb cada pacient en el moment d'incorporar-se al PMM. Es va informar als pacients l'intensitat a la que eren assignats segons els recursos disponibles i es va planificar amb cada un el

tractament per objectius, formalitzant-se el procés per escrit en un contracte terapèutic.

2.4 Els Centres d'Atenció i Seguiment Municipals de Barcelona

Els Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) Municipals estaven repartits geogràficament tal i com es representa en la Figura 2. Quan es va realitzar l'estudi els CAS Municipals cobrien un 85% dels tractaments amb metadona que s'oferien a la ciutat de Barcelona.

Figura 2. Situació dels Centres d'Atenció i Seguiment Municipals

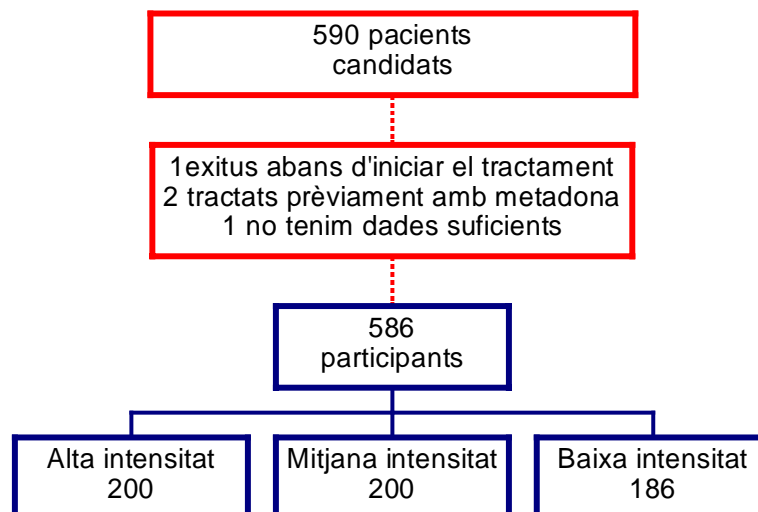


▲ Centres d'Atenció i Seguiment Municipals

2.5 Reclutament

El període de reclutament va durar des del 12/9/1996 fins al 23/4/1999. El reclutament es va allargar en el temps ja que inicialment es volia que participessin 120 pacients per cada centre, però la velocitat de captació dels centres amb menys volum de pacients va fer que en el centre més petit sols acabessin sent reclutats 106 pacients, els 14 que falten també falten al programa de baixa intensitat (Figura 3).

Figura 3. Diagrama de reclutament dels pacients



2.6 Instruments

2.6.1 Entrevista

Per a recollir les dades socio-demogràfiques, toxicològiques i de salut dels pacients es va utilitzar una entrevista semiestructurada. Va ser administrada als pacients pel metge, ATS i/ o psicòleg del centre. Es tracta de la mateixa entrevista que s'utilitzava habitualment en els CAS. El contingut de l'entrevista incloïa:

- ✓ Dades sociodemogràfiques (data naixement, residència, situació laboral i antecedents legals)
- ✓ Dades de salut basades en la història clínica del pacient (on s'incloïa analítiques de sang per determinar l' estat serològic davant el VIH)
- ✓ La història toxicològica (passada i actual)
- ✓ Els antecedents psicopatològics i de malalties orgàniques
- ✓ Els comportaments de risc (ús no sistemàtic del preservatiu i compartir xeringues)
- ✓ El nivell de salut percebuda a través de la pregunta de salut general (molt bona, bona, regular, dolenta, molt dolenta).

2.6.2 El Perfil de Salut de Nottingham

El Perfil de Salut de Nottingham (PSN) és una mesura multidimensional de la qualitat de vida relacionada amb la salut (o salut percebuda) desenvolupada inicialment a Gran Bretanya. A l'estudi es va utilitzar la versió espanyola adaptada (Alonso, Anto, & Moreno, 1990) que entre d'altres s'ha usat per a l'avaluació de pacients amb malaltia obstructiva crònica (Ferrer et al., 1997) i amb pacients dependents d'opiacis (Torrens et al., 1997).

El PSN està estructurat en dues parts. La primera, que és amb la que s'elabora el perfil, està formada per 38 ítems pertanyents a sis grans dimensions de la salut: energia, dolor, reaccions emocionals, son, aïllament social i mobilitat física. Tal i com s'observa a la Taula 1 el número d'ítems per dimensió és variable, sent la dimensió "Energia" la que en tenia menys (3) i la dimensió "Reaccions emocionals" la que en tenia més (9). La puntuació 0 s'obté quan la persona contesta negativament a tots els ítems de la dimensió i, per tant, no pateix cap dels problemes que aquests reflecteixen, mentre que el 100 representa que els pateix tots. La puntuació global es va calcular fent la mitjana de les puntuacions obtingudes a les dimensions. El rang de puntuacions de la puntuació global també va de 0 a 100, on 0 és la puntuació que reflexa el millor estat de salut possible i 100 el pitjor possible. La primera part del PSN, amb un format de resposta de sí (quan l'enunciat reflexa l'estat o sentiment habitual del pacient) o no (en els altres casos) dona informació sobre les diferents dimensions de salut amb una escala d'interval.

La segona part consistent en 7 preguntes sobre l'existència de limitacions a causa de la salut en set activitats funcionals de la vida diària (treball, activitats domèstiques, vida social, vida familiar, vida sexual, afeccions i lleure) sols es pot analitzar com a diferents variables dicotòmiques, i no va ser utilitzada en l'estudi.

Abans d'entrar a la visita de l'entrevista (la primera, la del mes, la dels sis mesos i la de l'any), l'administratiu/va, l'ATS o l'educador, segons el centre, entregava al pacient el quadern del PSN. D'aquesta manera els pacients podien consultar, si era necessari, els dubtes o dificultats a l'hora d'emplenar el qüestionari amb l'administratiu, l'ATS o amb l'educador. Un cop omplert, el pacient tornava el qüestionari al professional que li havia entregat.

Taula 1. Dimensions del Perfil de Salut de Nottingham

Dimensió	Núm. d'ítems	Mostra d'ítems
Energia	3	Enseguida me quedo sin fuerzas Todo me cuesta un esfuerzo
Dolor	8	Tengo dolor cuando estoy de pie Tengo dolor por las noches Tengo dolor constantemente
Reaccions emocionals	9	He olvidado qué es pasarlo bien Tengo los nervios de punta Las cosas me deprimen
Son	5	Duermo mal por las noches
Aïllament social	5	Me encuentro solo Creo que soy una carga para los demás
Mobilitat física	8	Me cuesta subir y bajar escaleras Sólo puedo andar por dentro de casa Soy totalmente incapaz de andar

Els rangs de puntuació per a cada dimensió són entre:

0 (absència de distrès)- 100 (distrès màxim).

2.7 Principals variables de seguiment

2.7.1 La retenció en el tractament

La retenció en tractament fa referència als dies que els pacients van rebre la dosi de metadona. La retenció es mesura en dies. El rang possible va de 0 dies a 365, si completen l'any en tractament.

Un dels principals objectius dels PMM és la retenció en tractament. S'ha comprovat que els pacients que no abandonen el tractament són els que se'n beneficien més.

2.7.2 La qualitat de vida relacionada amb la salut

La qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) és especialment adequada com a mesura resultat en pacients amb trastorns crònics (Ferrer et al., 1997). I mesurada amb diversos instruments, entre ells el PSN, s'ha utilitzat en estudis previs per a avaluar l'evolució dels addictes a opiàcids, que poden considerar-se malalts crònics (Ryan & White, 1996; Torrens et al., 1997).

A l'hora d'avaluar la millora en la qualitat de vida relacionada amb la salut, es va utilitzar la diferència entre la puntuació global del PSN abans d'iniciar el tractament i la puntuació global un mes després d'haver iniciat l'estudi. I es va fer d'aquesta manera per dos motius, per una banda es pretenia evitar la pèrdua de dades degudes a les baixes i per altra banda sabíem que les millores en qualitat de vida relacionada amb la salut en pacients similars eren particularment evidents en el primer mes de tractament, i que a més aquests canvis persistien al llarg d'un període d'un any (Torrens et al., 1997).

Es tracta d'una mesura que, al ser auto-informada pels pacients i calculada pels investigadors, era cega pels terapeutes. És la principal mesura de resultat del present estudi.

2.7.3 Consum d'opiacis il·legals (orines positives)

L'informació sobre el consum d'opiacis il·legals durant el tractament es va creure que era una informació valuosa a considerar com a indicador de l'efectivitat dels programes (variable resultat). L'evidència indica que els PMM són tractaments capaços de fer disminuir el consum d'opiacis il·legals de forma significativa, i aquesta reducció s'acompanya d'una disminució d'altres comportaments de risc per a la salut (per exemple l'ús de la via injectada). Donat que teòricament les analítiques referides al consum de substàncies il·legals es feien rutinàriament, en part per a facilitar les dosis *take home* i per reajustar la dosi de metadona, es va considerar interessant avaluar si hi havia algun efecte, en funció del programa, sobre aquest consum. D'aquesta manera disposaríem, sense un increment del cost de l'estudi, d'una altre variable resultat "objectiva".

2.8 Variables de seguiment secundàries

Les variables que es van usar per a verificar les hipòtesis secundàries van ser extretes de l'entrevista. A la Taula 2 podem veure de quines dades es disposava en cada moment del tractament.

2.8.1 La pregunta de salut general

Aquesta mesura s'ha utilitzat com a indicador global de salut. És un tipus de mesura freqüentment utilitzat com a variable de resultat en assaigs i intervencions clíniques i en les enquestes de salut (Ruigomez, Alonso, & Anto,

1991). S'ha vist que és un bon predictor d'ús de serveis de salut, i també de mortalitat (Mossey & Shapiro, 1982).

Les puntuacions en aquesta pregunta s'ha observat que variaven d'acord amb l'edat, el nivell d'educació i la presència de malalties cròniques (Badia, X, Herdman, & Schiaffino, 1999).

A l'anàlisi, la variable es va dicotomitjar de manera que la salut general regular, dolenta o molt dolenta es va considerar com a dolenta, i la que es qualificava de bona o molt bona es va considerar bona.

2.8.2 Injecció i ús del preservatiu

Les variables dicotòmiques: ús de la via injectada (darrer mes) i hàbit de compartir el material d'injecció (darrer mes) van ser les variables de risc vinculades directament amb el consum i relacionades amb la salut.

L'ús sistemàtic del preservatiu (entès com l'ús del preservatiu sempre que es mantenen relacions sexuals) va ser l'altra variable dicotòmica referida als comportaments de risc per a la salut que es va tenir en compte.

2.8.3 Detencions i treball

Com a mesures de l'adaptació a l'entorn es va registrar si el pacient estava treballant en aquell moment i si havia estat detingut els sis mesos abans de l'entrevista.

A l'entrevista es recollia la situació laboral d'una forma molt detallada (segons si el pacient estava complint el servei militar o la prestació social substitutòria, si tenia una relació laboral –contracte indefinit o treballava per compte propi-, si

tenia una relació laboral o contracte temporal, si treballava sense sou per a la família, si estava aturat i no havia treballat abans o si estava aturat havent treballat abans etc.-). Per avaluar l'efectivitat del tractament sols es va tenir en compte l'informació recollida a través de la pregunta: Quants mesos ha treballat dels últims sis? I es va fer l'anàlisi a partir de la variable dicotòmica: va treballar o no va treballar (referent als darrers 6 mesos).

Pel que fa a l'àmbit legal es van recollir dades sobre si el pacient tenia o no antecedents legals, sobre el nombre d'ingressos a la presó, els judicis pendents, els mesos de condemna complerta, i, finalment el nombre de detencions els darrers 6 mesos. Per a valorar l'evolució del pacient es va considerar la variable dicotòmica detencions els darrers 6 mesos com el millor indicador.

Taula 2. Mesures de seguiment

	basal	1 mes	6 mesos	12 mesos
Dades sociodemogràfiques				
Situació laboral	x		x	x
Detencions	x		x	x
Dades de Salut				
Hàbits toxicològics				
Passat	x			
Actuals	x	x	x	x
VIH	x		x	x
Salut percebuda				
Pregunta de salut general	x	x	x	x
PSN	x	x	x	x
Comportaments de risc				
Compartir xeringues	x	x	x	x
Ús sistemàtic del preservatiu	x		x	x

3 Anàlisi de dades

L'anàlisi estadística de les dades es va portar a terme amb el paquet estadístic SPSS (SPSS Inc., 1999).

A l'anàlisi de dades el **nivell educatiu** es va considerar alt quan els pacients havien rebut, a més de l'educació obligatòria, una altra formació reglada (Formació Professional, Batxillerat Unificat Polivalent, Diplomatures, Llicenciatures, etc.) i bàsic en la resta de casos.

Es va considerar un subjecte com a **politoxicòman** en aquells casos en els que el pacient era diagnosticat pel seu metge com dependent, segons criteris diagnòstics DSMIV, d'una altra droga (amb excepció de la nicotina).

3.1 Anàlisi basal

A l'anàlisi de les **dades basals** es va utilitzar el test de Kruskal Wallis per a comparar les puntuacions del PSN segons el programa de tractament, i l'anàlisi de chi- quadrada per a la comparació de proporcions entre variables qualitatives.

Es va usar la regressió logística per a analitzar l'ús sistemàtic del preservatiu en funció de variables sociodemogràfiques i toxicològiques i en funció dels comportaments de risc per a la salut. Es va utilitzar una regressió lineal múltiple per a analitzar les puntuacions del PSN obtingudes en funció de variables sociodemogràfiques, toxicològiques i de salut.

3.2 Anàlisi de seguiment

En l'estudi de seguiment vam realitzar una anàlisi d'avaluació per "intenció de tractament", per tant es van incloure en les anàlisis tots els participants, també els que per un motiu o altra havien violat el protocol. D'aquesta manera es pretenia evitar el biaix degut a que les raons que afavoreixen la no adherència a un determinat tractament moltes vegades estan relacionades amb el pronòstic.

3.2.1 Retenció en tractament

Per a analitzar la retenció en tractament es va utilitzar una anàlisi de la supervivència de Kaplan-Meier.

A l'anàlisi de supervivència es van considerar que un pacient era una censura en el cas que morís abans de finalitzar l'any, ingressava a l'hospital o a la presó més de 30 dies, es traslladava de domicili i centre, era una alta prematura.

Els qui abandonaven el tractament, canviaven de programa, ingressaven en comunitats terapèutiques, eren expulsats per comportaments criminals en les dependències dels centres, eren derivats al bus o a la farmàcia eren considerats com a baixes del tractament.

Per altra banda, per a conèixer fins a quin punt els subjectes perduts eren diferents dels que van estar en tractament tot l'any de seguiment, vam comparar les característiques basals dels subjectes que van acabar el tractament amb les característiques basals dels perduts al llarg del seguiment (distingint els casos d'abandonament i els casos censurats). Concretament s'analitzà si hi havia diferències en variables sociodemogràfiques, toxicològiques i de salut orgànica i percebuda.

3.2.2 Anàlisi de l'evolució de la qualitat de vida

La diferència de puntuacions entre el PSN a l'inici i al mes de tractament va ser la principal variable resultat, com a mesura de l'increment en qualitat de vida relacionada amb la salut.

Per a comparar l'evolució de les puntuacions del PSN es va utilitzar la prova no paramètrica de Wilcoxon. Per a comparar les puntuacions segons el programa assignat o altres variables, es va usar el test no paramètric de Kruskal Wallis ja que la distribució de les puntuacions del qüestionari no seguien una distribució normal (veure resultats).

3.2.3 Anàlisi costos

El càlcul del cost de cada programa es va basar en la construcció d'uns costos unitaris estàndard per a fer possible una valoració independent dels centres i de les característiques lligats al factor preu.

Es van construir dos costos unitaris diferents, depenent de si es comptabilitzava l'efecte de la subactivitat (*cost unitari directe per minut d'activitat ajustat per productivitat*) o si es reconeixia sols el cost directe de cada activitat sense ajustar per productivitat dels diferents centres (*cost unitari directe per minut contractat*). Es va calcular el primer cost unitari sobre la base del registre d'activitat (Taula 3) i el cost per concepte per a 1998 dels centres estudiats (Taula 4).

3.2.3.1 Cost unitari directe per minut d'activitat ajustat per productivitat

Els costos directes per minut de cada activitat i professional es van calcular a partir dels *registres d'activitat dels centres* de l'any 1998 (Taula 3) i del cost segons el tipus d'activitat en el conjunt dels centres (Taula 4). Per això es va convertir l'activitat registrada l'any 1998 en actes, en minuts d'activitat a través de valors

estandarditzats de la durada de cada tipus d'activitat assistencial (Manzanera, Villalbí, Torralba, & Solanes, 1996) (veure la fórmula a Equacions 1 [1]). Els minuts d'activitat van ser assignats a cada grup de professionals (metges, psicòlegs, infermeres, auxiliars de clínica, assistents socials, educadors i monitors) segons la participació en cada tipus d'activitat.

Taula 3. Activitat dels CAS de Barcelona 1998

	Centre 1	Centre 2	Centre 3	Centre 4	Centre 5	Total	Temps estàndard minuts ^(a)	Temps total en minuts
Primera visita	838	718	962	434	234	3.186	45	143.370
Coordinació i acollida	1.940	1.648	1.047	850	219	5.704	1	5.704
Visita de seguiment mèdic	14.645	8.496	12.379	4.541	5.270	45.331	15	679.965
Visita de seguiment terapèutic	2.490	3.976	6.054	3.682	3	16.205	25	405.125
Visita de seguiment per treball social	2.723	3.454	3.584	3.273	816	13.850	30	415.508
Dispensació metadona	34.739	29.906	27.539	20.294	27.539	140.017	3	420.051
Grups terapèutics ^(b)	1.834	11.057	7.262	497	671	21.321	45	97.817
Visita infermeria	2.136	11.877	11.171	3.266	12.954	41.404	5	207.020
Total	61.345	71.132	69.998	36.837	47.706	287.018	8	2.374.560

^(a) El temps estandaritzat és l'utilitzat per l'entitat financadora i es basa en els temps establerts a Manzanera, R. et al. (1996)

^(b) El temps assignat estàndard és per grup mentre que l'activitat representa cada pacient (el rati és 0,10195)

Taula 4. Costos de l'activitat dels cinc centres l'any 1998

Professional	Cost contractat per tipologia y categoria professional (€)	Cost unitari real ajustat per productivitat ^(a)
Metge	237.740 €	0,41 €
Psicòleg	251.710 €	0,48 €
Infermera	251.610 €	0,38 €
Auxiliar de clínica	55.580€	0.32 €
Educador	103.370€	0.63 €
Monitor	47.670 €	0.40€
Assistent social	136.380 €	0.48 €
Costos directes	1.084.050 €	
Costos indirectes^(b)	676.230 €	0.27€
Costos totals	2.844.330 €	

(a) Cost empresa total anual / minuts dedicats a l'activitat recollida pels sistemes d'informació i valorada segons estàndards

(b) Inclou costos de personal no assistencial i la resta de costos d'explotació

El cost total dels professionals en el període 1998 es va dividir pels minuts d'activitat assignats a cada grup i d'aquesta manera es va obtenir el *Cost Unitari Directe per Minut Ajustat per Productivitat* (Equacions 1 [2]).

3.2.3.2 Cost unitari directe per minut contractat (no ajustat per productivitat)

Es va calcular dividint el cost de 1998 de cada categoria professional pels minuts contractats d'aquella categoria (Equacions 1 [3]).

Equacions 1. Càlcul del cost unitari segons perfil de professional

$$[1] \text{ Temps treballat } 1998 \text{ i} = \sum_{j=1}^n (\text{activitat } 1998 \text{ j} * \text{ Temps estàndard } \text{ji})$$

$$[2] \text{ Cost per minut ajustat per productivitat} = \text{Cost total } 1998 \text{ i} / \text{ Temps treballat } 1998 \text{ i}$$

$$[3] \text{ Cost per minut contractat} = \text{Cost total } 1998 \text{ i} / \text{ Temps contractat } 1998 \text{ i}$$

on i és el perfil de professional i j és el tipus d'activitat

La resta de costos no relacionats directament amb l'activitat realitzada (resta de personal i altres despeses) van ser considerats indirectes, i el cost unitari indirecte es va calcular dividint el conjunt d'aquests costos indirectes pels minuts totals assistencials directes. A la Taula 4 es resumeix el conjunt de partides i la seva consideració de directa i indirecta i la relació amb el tipus d'activitat realitzada.

3.2.3.3 Cost de cada programa

La valoració de costos va ser per pacient, de manera que el cost total per programa era la suma del cost de cada un dels pacients assignats a cada programa. Es va calcular el cost total per cada pacient utilitzant el registre de les activitats que els pacients havien realitzat en el període de seguiment. A cada activitat se li va imputar el cost unitari establert, calculant d'aquesta manera el cost total per cada un dels pacients.

Usant els valors resultants de l'ús de costos unitaris ajustats per productivitat es va valorar el cost real mig de cada programa. Per altra banda, per a comparar

els costos entre programes, vàrem usar els valors resultants de l'ús de costos unitaris no ajustats, que van permetre comparar el cost entre programes sense que el nivell de productivitat entre centres o bé entre categories influïssin en la comparació de costos.

3.2.4 Cost-Efectivitat

Per realitzar l'anàlisi de cost-efectivitat es va contrastar la variable resultat Increment en la Qualitat de Vida relacionada amb la salut i amb la variable de costos. Concretament es van utilitzar com a variables dependents: la diferència entre la puntuació del PSN inicial i l'obtinguda un mes després d'iniciar el tractament i el cost total de cada pacient al llarg de l'any de seguiment.

Es van analitzar les diferències de l'increment en el nivell de qualitat de vida relacionada amb la salut (diferència PSN incici i PSN al mes) i de cost econòmic mitjà segons el programa de tractament. En l'anàlisi bivariada es va observar que no hi havia diferències entre programes en quant a l'increment del nivell de qualitat de vida relacionada amb la salut utilitzant el test de Kruskal Wallis, i que tampoc hi havia diferències en quant a costos amb un contrast de mitjanes (T-Test). Per a controlar per possibles diferències entre grups en quant a les característiques basals dels pacients (les característiques dels pacients d'un o altre programa no eren totalment homogènies a causa del tipus d'assignació, que no va ser aleatòria) es va optar per fer una anàlisi ajustada. Així doncs es van construir dues regressions lineals múltiples bessones en les quals les diferències individuals de les respectives variables dependents *Canvi en el Nivell de Salut Percebuda* i *Cost total per pacient* s'explicaven pel fet de pertànyer a un programa o altre. Les variables per les que es va ajustar la regressió van ser: el nivell de salut percebuda a l'inici del tractament, l'edat del pacient, el gènere, el nivell educatiu, el VIH, els anys de consum, la politoxicomania i el centre.

Per a que es poguessin comparar de forma directa els coeficients d'ambdues regressions es van transformar logàrítmicament les variables contínues, de manera que es pogués establir una relació percentual entre les variacions marginals entre la variable explicativa (programa) i les respectives variables resposta.

4 Resultats

4.1 Dades basals

L'edat mitjana dels 586 participants va ser de 31 anys (DS 6.7), amb 458 (78%) homes i 128 dones. Molts d'ells (77%) tenien un nivell educatiu baix (com a màxim havien cursat primària). Un 59% (346) no havia treballat durant els sis mesos anteriors a l'entrevista i el 56% (325) tenia antecedents legals. Les dones tenien menys antecedents legals (43%) que els homes (59%), però la freqüència d'arrests els passats 6 mesos era similar en homes i dones (Taula 5).

Globalment el temps mig des de l'inici del consum d'heroïna havia estat de 10 anys (DS 5.7). L'esnifada havia estat la via més comú a l'inici del consum (58%), però en el moment d'iniciar el PMM ho era l'injectada (58%). De tota manera les dones usaven menys l'injecció com a via habitual d'administració d'heroïna (45%) que els homes (61%). El 51% va informar haver compartit xeringues en algun moment, i sols un 12% (24) admetia fer aquest comportament en el moment de l'entrevista. Per altra banda el 36% (211) dels pacients eren politoxicòmans, dels quals 114 eren addictes a la cocaïna, la qual va ser la principal droga secundària. A més el 32% (n=183) dels entrevistats van informar que havien consumit cocaïna el mes abans de realitzar-se l'entrevista (Taula 5).

El 44% dels pacients (257) van considerar la seva salut general com a dolenta i les dones (55% vers 41% en homes) tenien una pitjor salut general i una proporció d'infectats pel VIH més alta (33% vers 23% entre els homes). Els subjectes VIH-negatius, homes, i aquells amb educació secundària o superior van ser els qui habitualment van informar de gaudir d'una salut general bona o molt bona.

El 25% (114) dels participants estaven infectats pel VIH (Taula 5).

Dels pacients que havien mantingut relacions sexuals durant el mes abans de l'entrevista (n= 338), el 42% (142) van informar que havien fet un us sistemàtic del preservatiu. Entre els pacients sexualment actius, un 24% (79) estaven infectats pel VIH. Les dones tenien amb més freqüència que els homes parelles infectades pel VIH o usuàries de drogues per via parenteral (Taula 5).

Taula 5. Característiques dels pacients en funció del gènere

		Homes (n=458) mitjana (DS)*	Dones (n=128) mitjana (DS)	Total (n=586) mitjana (DS)
Edat (anys)		31.3 (7.0)	30.4 (5.6)	31.1 (6.70)
Anys d'ús d'heroïna		10.4 (5.8)	9.4 (5.3)	10.2 (5.7)
		n (%)	n (%)	n (%)
Nivell Educatiu	Analfabets	7 (1.5)	1 (0.8)	8 (1.4)
	Escola primària o inferior	349 (76.2)	93 (73.2)	444 (75.6)
	Escola secundària o superior	101 (22.0)	33 (26.0)	134 (22.9)
Estatut laboral (darrers 6 mesos)	Aturat	257 (56.4)	89 (70.1)	346 (59.3)
	Aturat algun període	81 (17.8)	17 (13.4)	98 (16.8)
	Treballant durant tot el període	118 (25.9)	21 (16.5)	139 (23.8)
Amb antecedents legals		269 (59.0)	54 (42.5)	323 (55.4) †
Ha estat arrestat (darrers 6 mesos)		74 (16.4)	23 (18.5)	97 (17.0)
Via inicial pel consum d'heroïna	Fumada	66 (14.5)	22 (17.2)	88 (15.1)
	Esnifada	258 (57.0)	79 (61.7)	338 (58.0)
	Injectada	122 (26.9)	27 (21.1)	149 (25.6)
Via habitual de consum, en el moment de l'estudi, d'heroïna	Fumada	56 (12.3)	18 (14.1)	74 (12.7)
	Esnifada	110 (24.3)	52 (40.6)	162 (27.9) †
	Injectada	277 (61.1)	58 (45.3)	335 (57.7)
Alguna vegada ha compartit xeringues		173 (50.1)	46 (52.3)	219 (50.6)
Comparteix xeringues (darrers 30 dies)		19 (11.9)	5 (10.9)	24 (11.7)
Politoxicòman		166 (36.1)	45 (35.2)	211 (35.9)
Addicte a la cocaïna		86 (18.7)	28 (21.9)	114 (19.4)
Parella Sexual UVP		41 (19.7)	39 (45.9)	80 (27.3) †
Parella Sexual HIV +		21 (12.4)	17 (21.5)	38 (15.3) †
HIV +		100 (22.7)	41 (32.5)	141 (24.9) †
Salut general dolenta		188 (41.3)	70 (54.7)	257 (44.2) †

* DS: Desviació Standard

† χ^2 ; p<= 0.05

En quant a l'ús del preservatiu, quan l'entrevistat estava infectat pel VIH, però la seva parella no ho estava, sols el 22% dels pacients informaven fer un ús no-sistemàtic del preservatiu. En canvi, quan l'entrevistat no estava infectat pel VIH, però la seva parella sí que ho estava, l'ús no-sistemàtic era reconegut per un 44%.

La Taula 6 mostra els resultats de la regressió logística que tenia com a variable depenent l'ús sistemàtic del preservatiu i com a explicativa el VIH (ajustat per edat, gènere i centre). S'observa que els subjectes infectats pel VIH informen 11 vegades més fer un ús sistemàtic del preservatiu que aquells no infectats. Algunes variables que a priori semblava que podien explicar l'ús sistemàtic del preservatiu (per exemple tenir una parella usuària de drogues per via injectada) quan es van introduir al model de regressió no van resultar estadísticament significatives.

Taula 6. Ús sistemàtic del preservatiu: Regressió logística ajustada

Variables	B	Sign.	Exp (B) OR
Edat		.550	
Edat(1)	.173	.724	1.189
Edat(2)	.163	.752	1.177
Edat(3)	-.508	.325	.602
Gènere (home)	.085	.824	1.089
Centre		.211	
Centre (1)	.017	.975	1.017
Centre (2)	.424	.387	1.528
Centre (3)	-.297	.598	.743
Centre (4)	-.879	.124	.415
Parella UDVP	.374	.433	1.453
Re utilitza xeringues	.525	.510	1.691
Parella HIV	.830	.147	2.293
HIV	2.440	.000	11.471

4.1.1 Característiques en funció del programa assignat

Tal i com s'observa en la Taula 7, no hi va haver diferències basals pel que fa a gènere, nivell educatiu, anys de consum ni VIH en els tres programes de tractament. Però va haver-hi diferències significatives entre grups en quant a les variables politoxicomania (χ^2 , 37,8; $p=0,0005$) i atur (χ^2 , 8,8; $p=0,012$). El grup assignat a l'intensitat de tractament alta tenia una proporció més gran de politoxicòmans i l'assignat a una intensitat baixa tenia una proporció menor d'aturats.

Taula 7. Característiques en funció del programa de tractament

		PROGRAMA ASSIGNAT		
		Alta intensitat	Mitjana intensitat	Baixa intensitat
		(n=200)	(n=200)	(n=186)
Edat	Mitjana (SD)	30 (6.5)	31 (6.3)	32 (7.2)
Homes	% (n)	75 (151)	79 (158)	80 (149)
Aturat	(darrers 6 mesos) % (n)	66 (132)	60 (118)	51 (94) *
Nivell educatiu bàsic	(màxim estudis obligatoris complets) % (n)	75 (151)	79 (157)	77 (143)
Anys consum heroïna	Mitjana (SD)	10.4 (5.8)	10.5 (5.5)	9.6 (5.7)
Politoxicòmans	% (n)	53 (106)	28 (56)	26 (49) *
Infectats pel VIH		29 (56)	24 (46)	22 (39)

* Test del χ^2 ; $p<0.05$

La distribució de la puntuació global del Perfil de Salut de Nottingham obtinguda abans d'iniciar el tractament no s'ajustava a la distribució normal tal i com va indicar el test Kolmogorov-Smirnov (Asymp. Sig. (2-tailed)= ,03) i tal com es pot observar a la Figura 4. Les puntuacions referents a les dimensions del PSN tampoc van ser normals (proves de normalitat no mostrades). Per això es va preferir utilitzar proves no paramètriques per a comparar aquestes puntuacions a les anàlisis no ajustades.

Les dimensions del Perfil de Salut de Nottingham referides a les reaccions emocionals i a la son (Figura 5) van ser les que van puntuar més alt (pitjor salut percebuda), seguides d'aquelles relacionades amb l'energia i l'aïllament social, les puntuacions més baixes (millor salut percebuda) van ser per a les dimensions de dolor i mobilitat física.

Malgrat que la distribució del PSN no era normal, la desviació respecte a la normalitat era petita i vam considerar que hi havia prou subjectes per permetre utilitzar la regressió lineal múltiple. A la Taula 8 es pot observar la regressió lineal múltiple amb la puntuació global del PSN com a variable dependent i amb les variables explicatives gènere, edat, nivell educatiu, politoxicomania i VIH. La puntuació global del PSN està relacionada amb el nivell educatiu, el VIH i la politoxicomania. Però sols explica una petita part de la variabilitat de la puntuació del PSN ($R^2= 0,063$).

Figura 4. Puntuació Global del PSN inicial, prova de normalitat

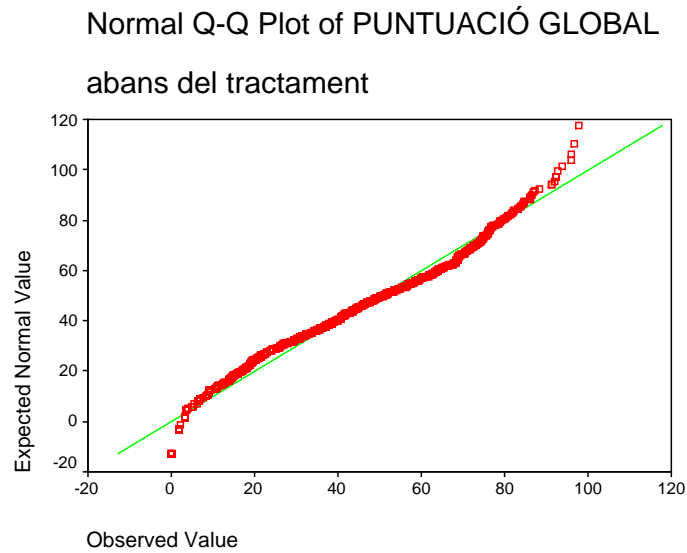
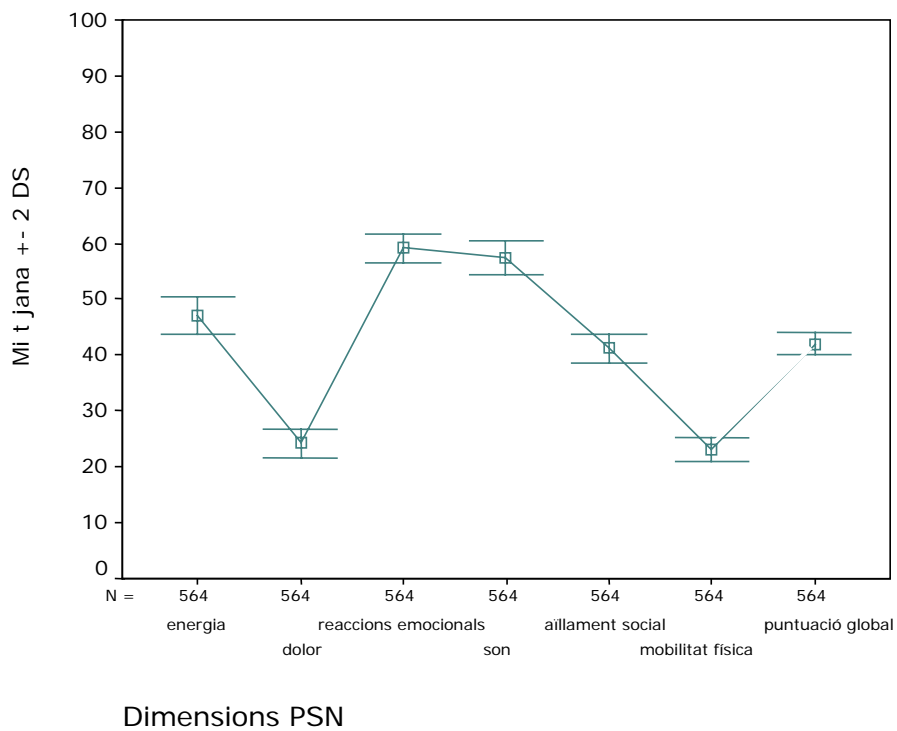


Figura 5. Puntuacions mitjanes del Perfil de Salut de Nottingham.



Taula 8. Model de regressió lineal. Puntuació Global del Perfil de Salut de Nottingham

	B	SD	T	p-value
Constant	40.32	5.39	7.48	.000
Edat	.13	.15	.86	.393
Gènere	1.47	2.50	.59	.557
Centre				
B	-12.28	3.29	-3.73	.000
C	-.937	3.39	-.276	.782
D	-3.62	3.33	-1.08	.278
E	-5.03	3.37	-1.49	.136
HIV	6.69	2.4	2.79	.006
Nivell Educatiu	-7.38	2.49	-2.96	.003
Politoxicomania	4.98	2.26	2.20	.028

F= 5.193
R² corregida = .065

4.2 Seguiment

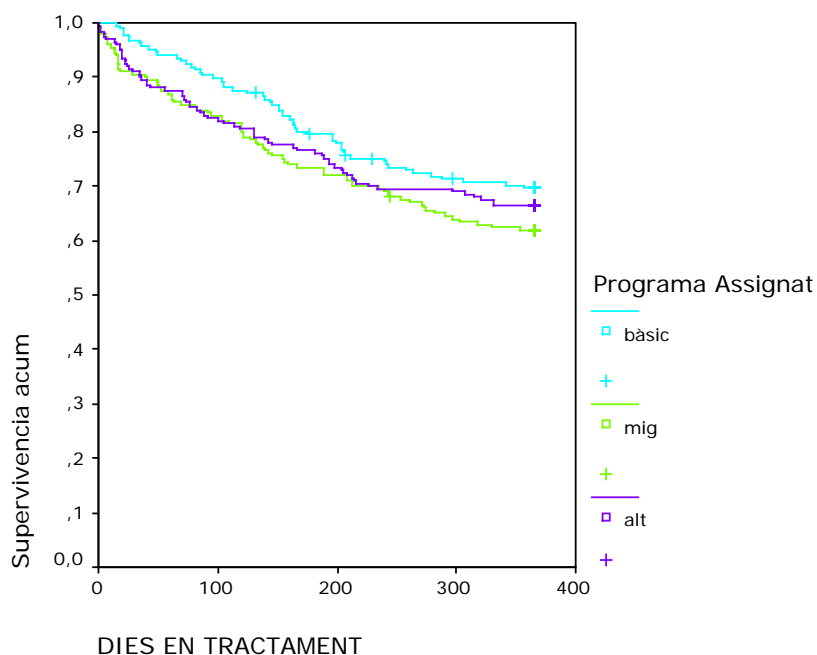
4.2.1 Retenció en tractament

La major part dels pacients van acabar el tractament (382). Dels 586 pacients que van iniciar el tractament, al mes quedaven 547 pacients, als sis mesos 448 i a l'any 382. Van abandonar el programa abans de finalitzar l'any en tractament 187 pacients, que representen el 32% del total. I hi va haver 18 casos censurats (3%).

Un any després d'haver començat tractament, el 66,5% dels pacients assignats al programa d'alta intensitat, el 61,5% dels assignats al programa de mitja i el 67,2% dels assignats al programa bàsic, s'hi mantenien. De mitjana els pacients del programa de baixa intensitat van estar-hi 295 dies, 273 els de mitja i 281 els d'alta intensitat.

El tractament de baixa intensitat (assistència mèdica) és el que, al final del període de seguiment, va mantenir més pacients, seguit del tractament d'intensitat alta (assistència mèdica + social + psicològica) i en últim lloc el programa d'intensitat mitja (assistència mèdica + social) (Figura 6), però comparant les tres intensitats de tractament no hi va haver diferències estadísticament significatives tal i com es pot observar en els tests Log Rank, Breslow i Tar one-Ware.

Figura 6. Funcions de supervivència segons programa



Test Statistics for Equality of Survival Distributions for PROGASIG

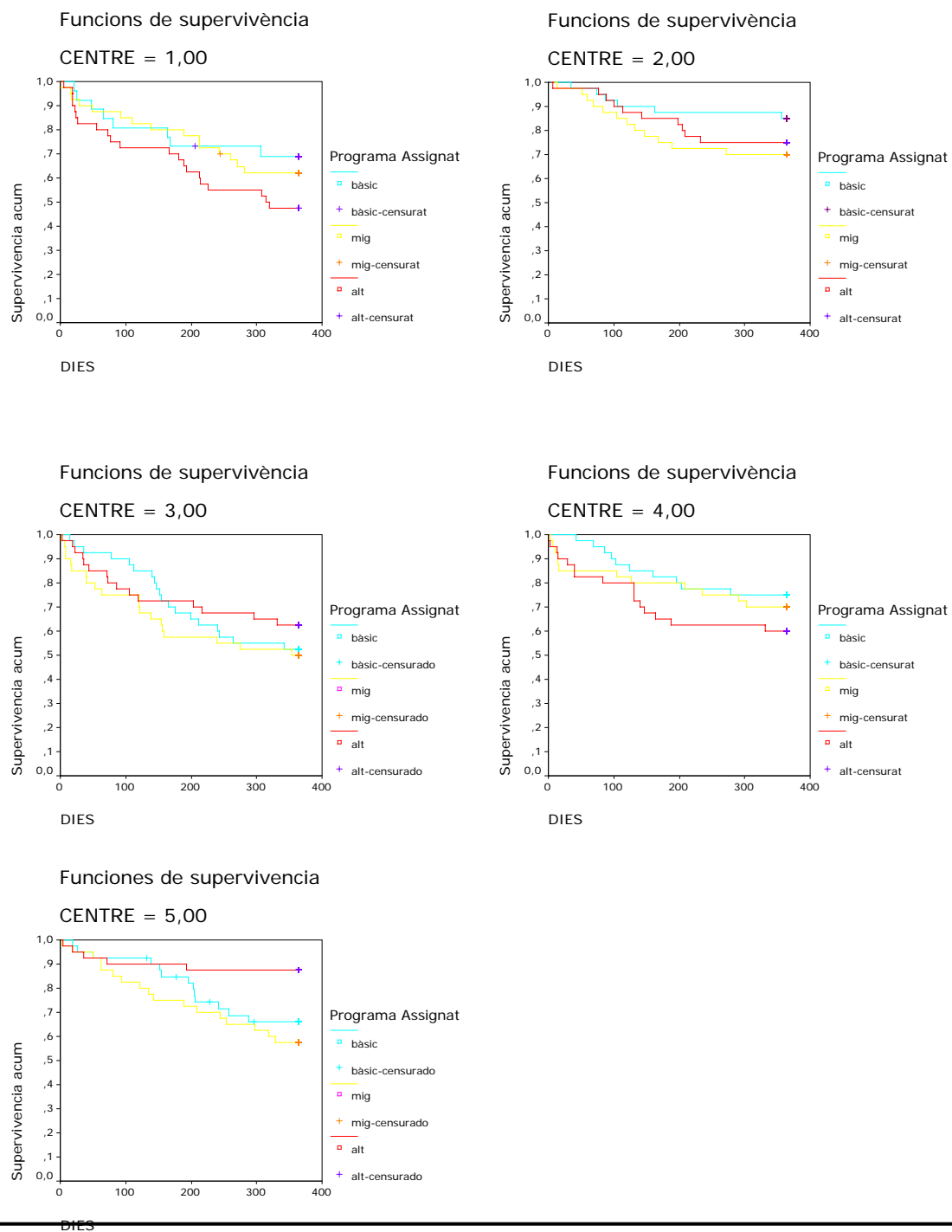
	Statistic	df	Significance
Log Rank	3,02	2	,2208
Breslow	3,60	2	,1649
Tarone-Ware	3,30	2	,1920

Tot i que l'objectiu de l'estudi no era fer comparacions entre centres, hem cregut interessant detallar els resultats de la retenció segons programa estratificant per centre. En cada centre la capacitat global de retenir els pacients (independentment del programa assignat) va ser variable (Figura 7).

Per altra banda, permet observar l'efecte de l'assignació a un o altre programa (en quant a retenció) segons el centre. Així, el tractament de baixa intensitat va

ser capaç de retenir més dies als pacients en els centres 1, 2 i 4 i en canvi, el d'alta intensitat va ser el que va retenir més dies els pacients en els centres 3 i 5 (Figura 7).

Figura 7. Funcions de supervivència en funció del programa estratificant per centre



4.2.2 Els subjectes perduts durant el seguiment

Les baixes (n=187, 32%), es van distribuir homogèniament entre programes. El principal motiu de baixa en els programes van ser les 171 persones que van deixar d'acudir al centre (29% de la mostra). Per altra banda els altres motius de baixa van ser les següents:

- ✓ cinc pacients que van haver de canviar de programa ja que el programa assignat no s'adequava a les seves necessitats
- ✓ un pacient que va fer una desintoxicació voluntària i va abandonar el programa
- ✓ un pacient que va ingressar en una comunitat terapèutica
- ✓ quatre expulsions
- ✓ dues derivacions a l'autobús i tres a la farmàcia degudes a dificultats per part del pacient per anar al centre a l'horari establert

En quant als casos censurats n=18 (3% de la mostra), el motiu pel qual van ser-ho va ser:

- ✓ tres pacients van morir abans de finalitzar el tractament
- ✓ set pacients van ingressar a presó (més d'un mes) i tres pacients més van ingressar a l'hospital (més d'un mes) i, per aquest motiu no es va poder fer el seguiment
- ✓ quatre pacients van canviar de domicili i centre
- ✓ un pacient va ser donat d'alta abans que s'arribés a finalitzar l'any de seguiment

4.2.2.1 Característiques a l'inici del tractament dels perduts

Aquells qui van completar l'any de tractament i aquells qui el van abandonar tenien al voltant de 30-31 anys, eren majoritàriament homes, tenien un nivell educatiu baix i un elevat percentatge havien estat aturats sis mesos abans de l'entrevista. En quant a la història toxicològica també eren similars els qui finalitzarien el tractament i els que l'abandonarien, en els dos grups eren consumidors veterans (al voltant de 10 anys) i al voltant del 35% eren addictes a una segona droga. Pel que fa a la salut, una quarta part dels participants estaven infectats pel VIH i al voltant del 55% dels pacients reportaven una salut general bona. Així doncs, les dades socio-demogràfiques, toxicològiques i de salut dels pacients perduts i dels qui seguiren fins al final eren força homogènies (Taula 9).

A la Figura 8 podem veure el Perfil de Salut de Nottingham tal i com es representa habitualment (perfil de mitjanes i mitjana de la puntuació global), i a la Figura 9 podem observar les puntuacions mitjanes de les dimensions del PSN i també la puntuació global, acompanyat dels intervals de confiança del 95%. Les puntuacions dels pacients que abandonarien el tractament eren similars amb les dels pacients que finalitzarien el tractament en les dimensions d'energia, dolor, reaccions emocionals i aïllament social. En canvi, en les dimensions: son i mobilitat física van puntuar lleugerament més alt els pacients perduts. La puntuació global del PSN també va ser lleugerament pitjor en els pacients que no acabarien el tractament.

Al comparar els pacients que finalitzarien el tractament amb els 18 censurats, s'observaren diferències en les dimensions d'energia, dolor i mobilitat física en el sentit que puntuaven més alt (pitjor salut percebuda) els censurats. Les dades referents a aquests 18 pacients mostraven una lleugera tendència a estar pitjors en indicadors com ara proporció de pacients amb nivell educatiu baix, aturats, politoxicòmans. Per altra banda feia menys anys que consumien heroïna. I en

quant al VIH la proporció d'infectats era similar a la dels pacients que finalitzarien el tractament però en canvi, hi havia una proporció més baixa de pacients que reportaven gaudir d'una salut general bona (39%) (Taula 9).

Taula 9. Característiques dels pacients a l'inici del tractament

		Completen seguiment	Abandonen	Censurats
		n=381	n=187	n=18
Edat	Mitjana (DS)	31.6 (6.8)	30.1 (6.3)	31.9 (7.5)
Homes		291 (76%)	152 (81%)	15 (83%)
Nivell educatiu bàsic	(màxim estudis obligatoris)	288 (76%)	174 (79%)	15 (83%)
Sense feina	(darrers 6 mesos)	215 (57%)	116 (62%)	13 (81%)
Anys de consum d'heroïna	Mitjana (DS)	10.2 (5.7)	10.2 (5.4)	8.8 (5.9)
Poli toxicòmans		131(34%)	71 (38%)	9 (50%)
Infectats pel VIH		95 (25%)	42 (24%)	4 (27%)
Salut general bona		212 (55%)	106 (57%)	7 (39%)

* Test del χ^2 ; $p < 0.05$

Figura 8. PSN a l'inici del tractament

Completen un any vers censurats vers abandonen

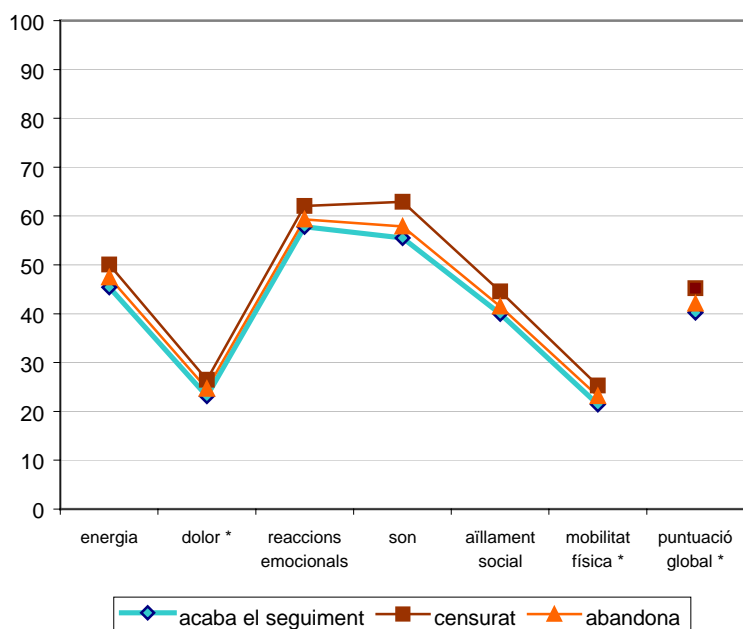
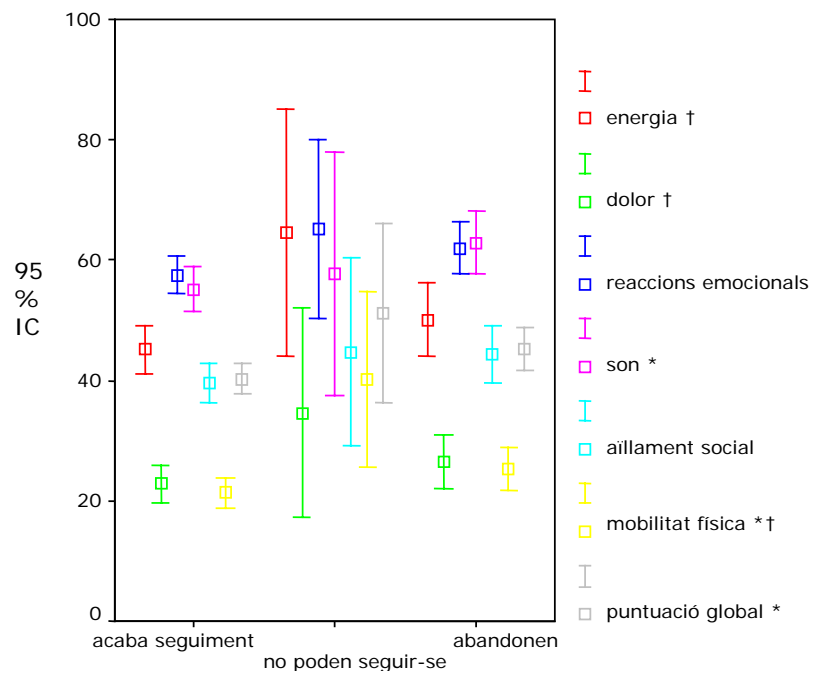


Figura 9. PSN a l'inici del tractament: completen un any vers censurats vers abandonen



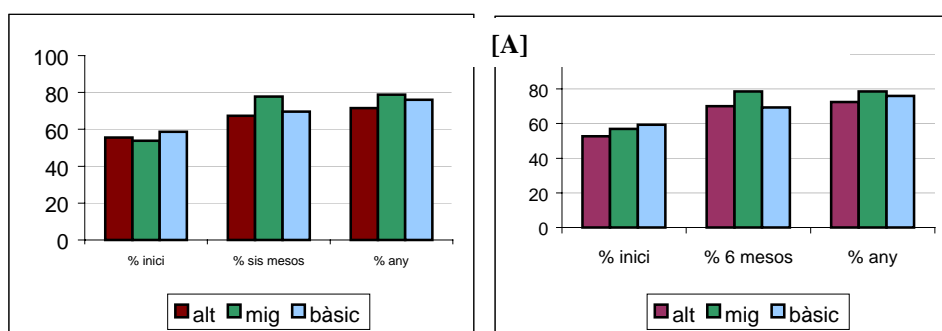
Test Kruskal-Wallis per la comparació de les dimensions i la puntuació global del PSN
 ACABEN vers ABANDONEN * p< 0.05
 ACABEN vers CENSURES † p< 0.05

4.2.3 Pregunta de salut general

A l'inici de l'estudi al voltant d'un 55% dels pacients van considerar la seva salut general bona o molt bona, i no es van observar diferències entre els assignats a un o altre programa.

A la Figura 10 es representa la proporció de pacients que van considerar la seva salut general bona o molt bona a l'inici, als sis mesos i a l'any d'haver iniciat el tractament. Si comparem amb la proporció de pacients que informaren gaudir d'una salut general bona a l'inici del tractament, s'observa un augment en la proporció de pacients amb salut general bona entre els que van contestar en el seguiment als sis mesos i a l'any. A l'inici del tractament tenim la resposta de 583 pacients, als 6 mesos de 402 pacients i a l'any de 332 pacients. Justament la gràfica de la Figura 10 [A], que és pràcticament idèntica a l'altre, representa les dades dels 332 pacients dels quals tenim dades als 12 mesos. Així doncs s'evidencia que els resultats a l'inici eren similars entre els que acabarien el tractament i els que no el finalitzarien.

Figura 10. Salut general bona o molt bona segons el programa



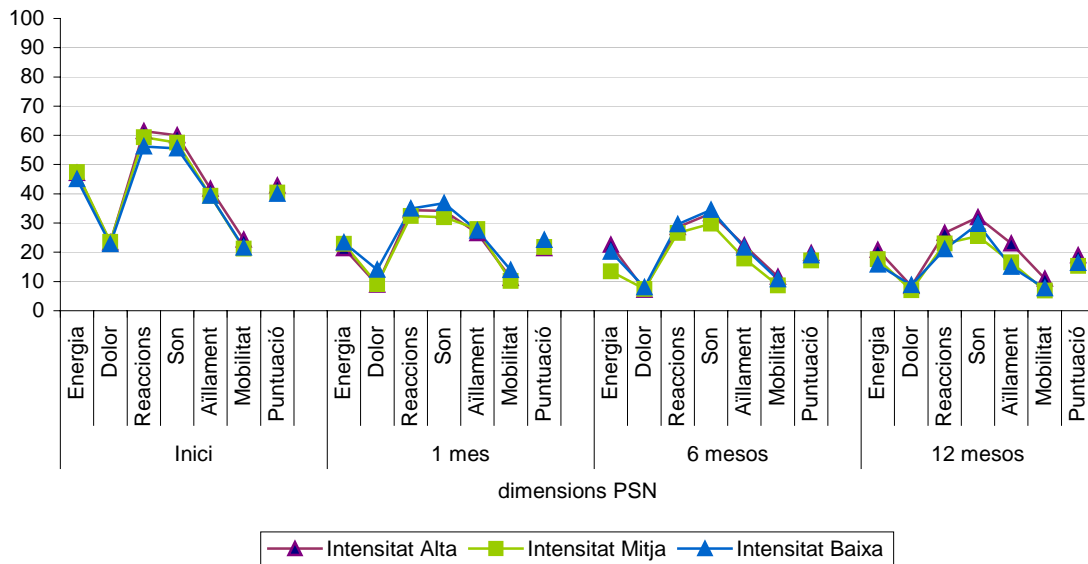
4.2.4 Perfil de Salut de Nottingham

Al llarg del tractament l'evolució dels pacients assignats a qualsevol dels tres programes va ser similar.

El canvi més important i estadísticament significatiu en quant a puntuacions es va donar de l'inici al primer mes de tractament. A partir d'aleshores els pacients que es van seguir no mostraren millores significatives, tot i que la tendència era cap a la millora (menys puntuació, millor qualitat de vida relacionada amb la salut). No s'observaren diferències segons programa al llarg del seguiment (Figura 11). Les dades referides a l'inici del tractament corresponen a 436 pacients, les del mes a 443 pacients, les dels 6 mesos a 364 pacients i les de l'any a 286 pacients.

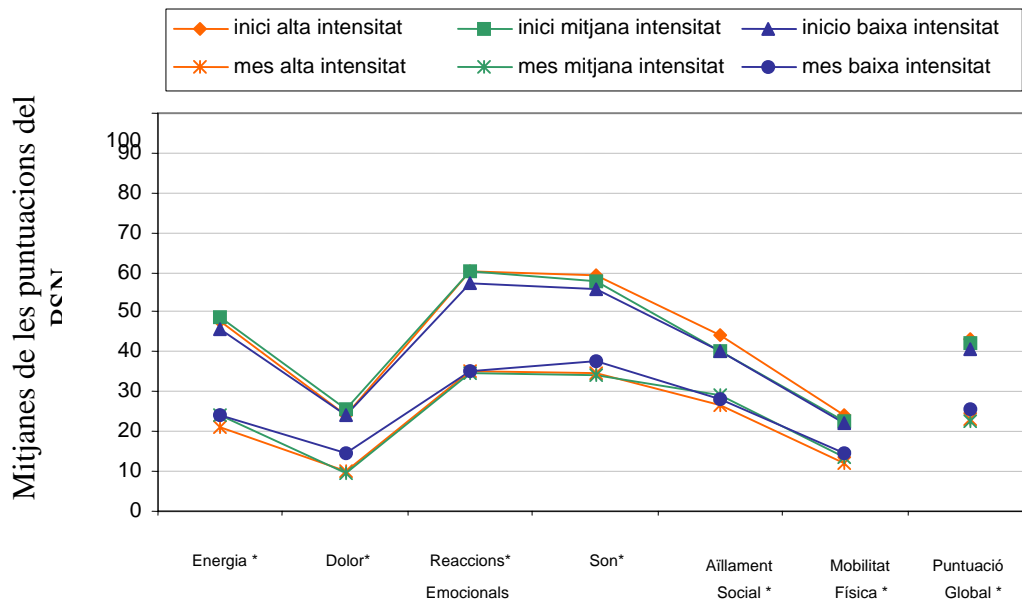
A l'inici, la puntuació mitjana global va ser de 41 punts. Passat un mes, les puntuacions obtingudes en els tres grups havien disminuït, i per tant havia millorat el nivell de salut percebuda (Figura 11 i Figura 12). No es van observar diferències en funció del programa de tractament.

Figura 11. Mitjana de les puntuacions del PSN segons temps en tractament i programa



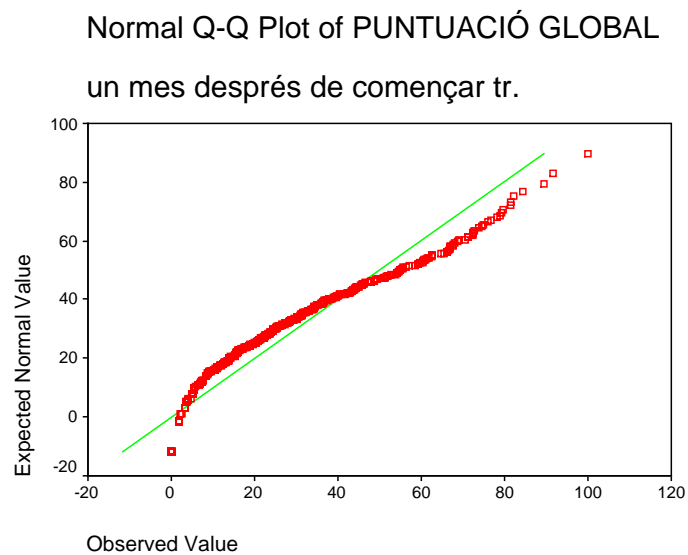
La distribució de la puntuació global obtinguda del Perfil de Salut de Nottingham un mes després d'iniciar el tractament no s'ajustava a la distribució normal tal i com va indicar el test Kolmogorov-Smirnov (Asymp. Sig. (2-tailed)= ,00) i com es pot observar a la Figura 13. Per tant es va decidir utilitzar, per les anàlisis, els tests estadístics no paramètrics (més conservadors). Aquest mateix fenomen es va donar en les puntuacions de les diferents dimensions (dades no mostrades).

Figura 12. Perfil de Salut de Nottingham a l'inici i al mes de tractament



* Test de Wilcoxon $p < .005$ per comparar puntuacions a l'inici i al mes

Figura 13. Puntuació global del PSN al mes, prova de normalitat



4.2.5 Costos

El cost total imputat als pacients va ascendir a 352.797,42 € i la mitjana de cost per pacient va ser de 602,04 €. Segons el programa aquest cost va variar entre els 524,77 € (intensitat bàsica) i els 668,91 € (intensitat alta) de promig per pacient atès.

El pas del programa de baixa intensitat al programa d'alta intensitat terapèutica va suposar un increment del 27,5% del cost final per pacient. El cost va ser menor quan menor va ser l'intensitat del programa. El cost directe i també l'indirecte van mostrar diferències significatives entre el programa de baixa intensitat respecte la resta de programes i pel que fa a tot tipus de cost. En canvi, entre els programes d'intensitat alta o mitjana no es van detectar diferències significatives (Taula 10).

Taula 10. Valoració de costos segons programa (en €)

	Programa segons intensitat terapèutica			Contrast de mitjanes (p)		
	Alta (n=200)	Mitja (n=200)	Baixa (n=186)	Alta-Mitja	Mitja-Baixa	Alta-Baixa
Costos directes						
Cost total	80.724,34	72.875,12	57.967,68			
Cost mitjà	403,62	364,38	311,65	0,083	0,008	0,000
Dev. Est.	239,25	211,68	176,34			
Costos indirectes						
Cost total	53.057,35	48.532,93	39.639,99			
Cost mitjà	265,29	242,66	213,12	0,127	0,027	0,000
Dev. Est.	155,75	139,35	120,03			
Costos totals						
Cost total	133.781,69	121.408,05	97.607,68			
Cost mitjà	668,91	607,04	524,77	0,098	0,013	0,000
Dev. Est.	394,02	350,37	295,87			

4.2.6 Cost-efectivitat

Els models de regressió lineal ajustats que tenien com a variables resultat la variació del Nivell de Salut Percebut i el Cost Total per Pacient, van mostrar variacions significatives en funció del programa assignat.

Entre el programa d'intensitat baixa i el d'intensitat mitja es va donar un increment percentual del cost del 17% i entre el programa d'intensitat baixa i el d'intensitat alta l'increment del cost va ser del 18%. Paral·lelament entre el programa de baixa intensitat i el de mitja, es va donar un increment del nivell de salut percebuda del 8%. Entre el programa de baixa i el d'alta intensitat alta no va haver-hi una millora estadísticament significativa del nivell de salut percebut.

El model del cost total per pacient va explicar un 37% de la variabilitat, en canvi la R^2 per al model de diferència en quant al nivell de salut percebuda va ser del 23% (Taula 11).

Les variables d'ajust significatives en els dos models van ser: l'abandonament del programa, el gènere i els anys de consum. Per altra banda, respecte al cost total per pacient també va ser significatives la variable centre i respecte a la salut percebuda el nivell de salut percebuda a l'inici i el nivell educatiu dels pacients.

Taula 11. Relació del **cost per pacient** i l'**increment del nivell de qualitat de vida** segons programa.

Regressió lineal múltiple

	Cost per Pacient				Increment del Nivell de Qualitat de Vida			
	Estimador	Desv. Est.	T	p-value	Estimador	Desv. Est.	T	p-value
Prog. de mitja intensitat	0,173	0,060	2,871	0,004	0,084	0,039	2,122	0,034
Prog. d'alta intensitat	0,181	0,062	2,899	0,004	0,042	0,041	1,017	0,310
Anys de consum	-0,012	0,005	-2,187	0,029	-0,010	0,004	-2,741	0,006
Nivell d'instrucció	0,032	0,022	1,497	0,135	0,045	0,014	3,087	0,002
Qualitat de Vida a l'inici (PSN)	0,001	0,001	1,402	0,161	0,008	0,001	11,508	0,000
Abandonament	-0,880	0,053	-16,707	0,000	-0,155	0,036	-4,281	0,000
Policonsum	0,043	0,056	0,774	0,439	0,021	0,037	0,573	0,567
HIV	0,061	0,059	1,048	0,295	-0,017	0,038	-0,439	0,661
Centre 2	0,072	0,079	0,908	0,364	-0,027	0,051	-0,522	0,602
Centre 3	0,279	0,080	3,498	0,001	-0,022	0,054	-0,409	0,683
Centre 4	0,156	0,078	1,983	0,048	-0,064	0,050	-1,280	0,201
Centre 5	-0,158	0,075	-2,092	0,037	0,011	0,048	0,233	0,816
Gènere (1 femení)	0,126	0,060	2,117	0,035	-0,080	0,038	-2,097	0,037
Edat	0,166	0,147	1,125	0,261	-0,008	0,099	-0,082	0,934
Constant	10,751	0,491	21,908	0,000	3,898	0,335	11,639	0,000

F	24,068	11,433
R ²	37,5%	23,4%

4.2.7 Adherència al tractament

Quan comprovem les visites als especialistes que van fer els pacients durant l'any de seguiment veiem que:

Els pacients del programa de més alta intensitat van realitzar més visites al psicòleg que els de mitjana o baixa intensitat, tal i com corresponia, però, en canvi, van visitar molt menys a l'assistent social del que estava previst.

Els pacients assignats al programa d'intensitat baixa, que a priori sols havien de rebre assistència mèdica, van usar els serveis socials en una mesura similar a la que ho van fer els del programa de mitjana intensitat.

Més concretament, el metge, al llarg de l'any de seguiment, va visitar un promig de 17 vegades als pacients assignats al programa d'alta intensitat, 15 als d'intensitat mitjana i 15 als de baixa intensitat. L'assistent social, al llarg de l'any de seguiment, va visitar un promig de 2 vegades els pacients del programa d'alta intensitat, de 5 vegades als del programa de mitjana intensitat i 4 vegades als del programa de baixa intensitat. I el psicòleg, al llarg de l'any va visitar una mitjana de 5 vegades als pacients d'alta intensitat, 1 vegada als pacients de mitjana intensitat i 1 vegada als de baixa intensitat.

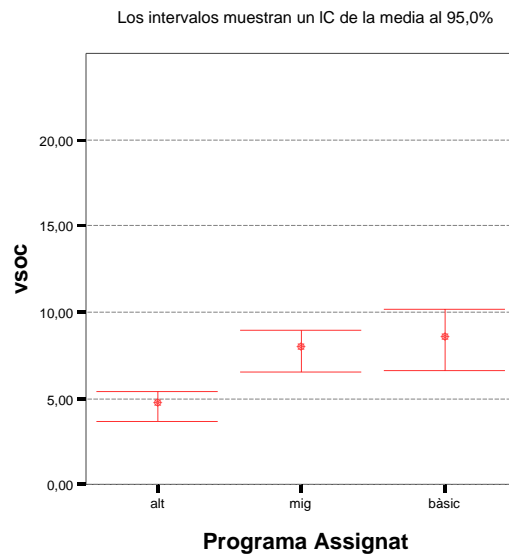
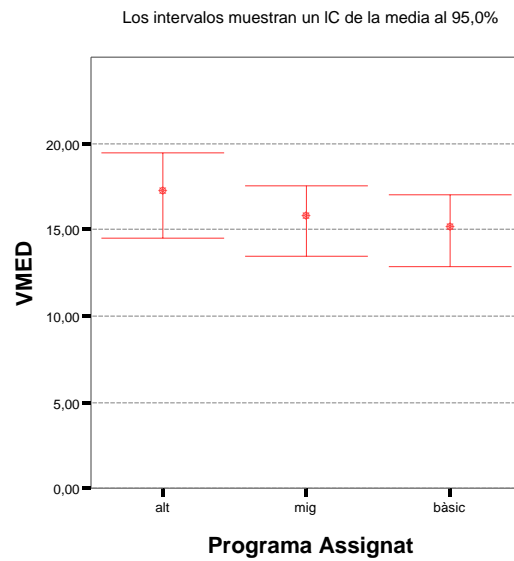
Així doncs, tal com s'evidencia a la Figura 14, les visites mèdiques van ser similars en quant a freqüència en els tres grups i les visites a l'assistent social van ser similars per al grup de mitjana i baixa intensitat (tot i que en el grup de mitjana intensitat hi havia més variabilitat en quan a número de visites/any) i van ser molt poques per al grup d'alta intensitat. Les visites al psicòleg van ser més freqüents entre els pacients assignats al programa d'alta intensitat, tot i que la freqüència mitjana va ser baixa (7/any).

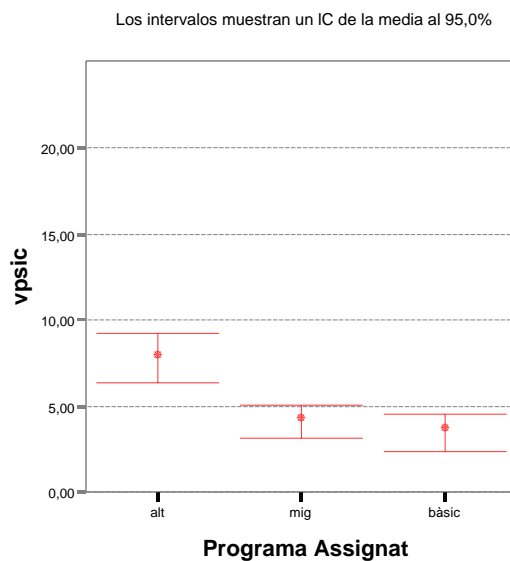
Figura 14. Visites segons programa de tractament i especialista

VMED: visites mèdiques

vsoc: visites a l'assistent social

vpsic: visites al psicòleg





4.2.8 Consum d'opiacis il·legals (orines positives)

Finalment no vam poder analitzar les orines.

A la pràctica, el control d'orines es realitzava de manera sistemàtica a l'inici del tractament, que és quan s'estabilitza la dosi de metadona. En canvi, durant el seguiment se'n realitzaren molt poques o així constava en els arxius informatitzats.

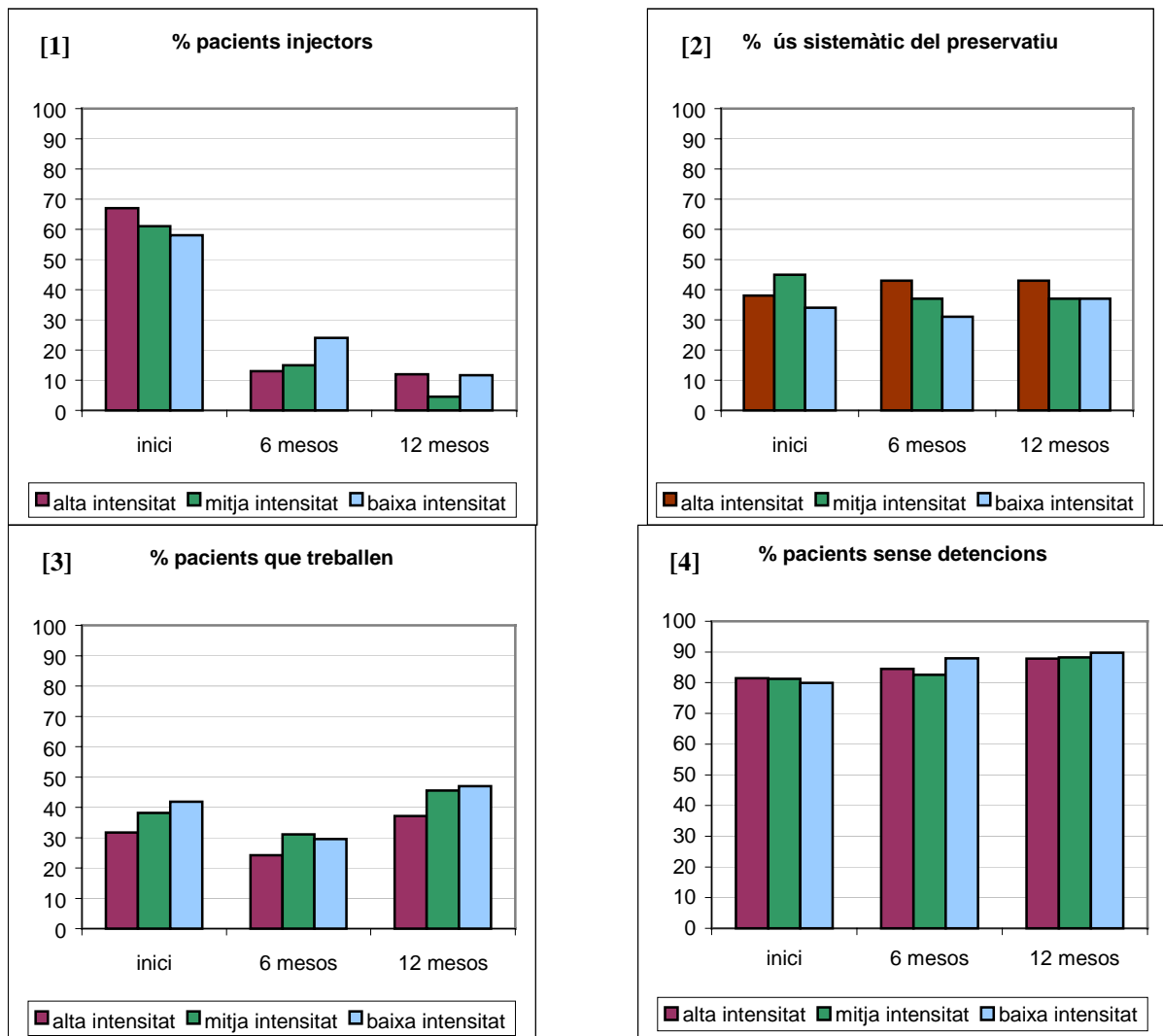
Així doncs, degut a la manca d'analítiques suficients fetes durant el seguiment, no hem pogut fer l'anàlisi d'aquesta variable resultat.

4.2.9 Injecció, ús del preservatiu, detencions i treball

Al llarg del seguiment es va donar una disminució important de l'ús de la via injectada en els tres programes de manteniment, sense observar-se diferències segons el programa. En quant a l'ús sistemàtic del preservatiu, aquest es va mantenir constant al llarg del seguiment, igual que el percentatge de pacients

amb feina (que augmenta lleugerament tot i que no és estadísticament significatiu) i el percentatge de pacients sense detencions en els darrers 6 mesos (veure Figura 15 [1][2][3][4]).

Figura 15. Evolució de les característiques en funció del programa



5 Discussió

Els serveis auxiliar oferts en el nostre estudi no han implicat un augment significatiu de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels pacients, tot i que l'evidència prèvia indicava que els PMM amb serveis auxiliars eren més efectius que els que no n'oferien. Cal però valorar els resultats pas a pas, tot tenint en compte les variables emprades i les limitacions de l'estudi.

Les mesures de resultat principals de l'estudi: retenció en tractament, qualitat de vida relacionada amb la salut i les secundàries: salut general, ús de la via injectada, ús del preservatiu, detencions i atur, són similars a les utilitzades tan en estudis previs com actuals. S'havia observat, per exemple, que la **retenció en el tractament** era millor en programes que oferien uns serveis socials d'alta qualitat, amb un disseny del tractament individualitzat i que eren de fàcil accés (Condelli & Dunteman, 1993; Condelli, 1993). Que la **qualitat de vida relacionada amb la salut** de pacients en PMM augmentava considerablement després d'iniciar un tractament amb serveis auxiliars (Torrens, et al., 1997). Que **els comportaments de risc**, concretament l'ús de la via injectada i el compartir xeringues, disminuïen considerablement entre pacients (toxicòmanes embarassades) que havien rebut una intervenció cognitiu-conductual, però en canvi que no ho feien els comportaments de risc relacionats amb l'activitat sexual (O'Neill et al., 1996). Més recentment, l'estudi NTORS va utilitzar com a mesures de resultat: **consum de drogues il·legals**, existència de **comportaments de risc** –compartir material d'injecció i ús de la via injectada–, **salut psicològica** i **comportaments il·legals**. En aquest estudi es va detectar que hi havia canvis evidents a l'any d'estar en tractament en la major part de variables (Gossop, Marsden, Stewart, & Kidd, 2003). Així doncs tenint en compte que les mesures resultat utilitzades en el nostre estudi havien demostrat ser sensibles i vàlides i que existia evidència prèvia que indicava que els PMM amb serveis auxiliars eren més efectius que els que no n'oferien (McLellan et al.,

1993), esperàvem que els programes que oferien més serveis auxiliars, tindrien uns millors resultats.

5.1 Les hipòtesis

A la llum dels resultats comentarem cada una de les hipòtesis a partir de les quals es va dissenyar l'estudi.

I. A més intensitat, més retenció en tractament

Els pacients opiaci-dependents que estan en programes amb metadona més temps és més probable que mostrin canvis de comportament i d'estil de vida que són necessaris per completar el tractament i tenir una probable oportunitat de no recaure en l'ús d'opiacis. Per això en els PMM més que animar als pacients a deixar el tractament, els esforços es dirigeixen a maximitzar la retenció (Ward, Mattick, & Hall, 1998). Globalment els tres programes estudiats van aconseguir un nivell de retenció considerable (66% dels pacients continuaven en tractament al cap de l'any), i aquest nivell de retenció hauria estat més alt si no haguéssim eliminat els pacients que seguien en tractament amb metadona però fora del CAS (a la farmàcia, al bus, a la presó, a l'hospital, en altres centres etc.).

De tota manera, i contràriament al que havíem hipotetitzat, els programes de més alta intensitat (més serveis auxiliars) no van ser capaços de generar un nivell de retenció més alt. El nivell de retenció va ser similar en les tres intensitats.

II. A més intensitat, millor qualitat de vida relacionada amb la salut.

L'augment de la qualitat de vida relacionada amb la salut dels pacients és un altre objectiu dins qualsevol PMM. La qualitat de vida dels pacients abans de començar el tractament era pobra, però va evolucionar ràpidament i es va observar una clara millora després d'un mes. Durant l'any de seguiment va continuar millorant, però no ho va fer de forma estadísticament significativa.

Contràriament al que hipotetitzàvem, aquesta millora va ser independent del programa al que hagués estat assignat el pacient.

III. A més intensitat, menys orines positives

No disposem d'aquesta dada.

El control d'orines, teòricament, s'havia de registrar en un sistema informatitzat, del qual podríem extreure'n les dades per fer l'anàlisi. No sabem si els centres van realitzar el control de les orines (i no es va registrar) o si realment es van realitzar poques analítiques als pacients. Com que actualment els PMM no tenen com a objectiu principal l'abstinència de qualsevol droga il·legal, podria ser que els controls d'orina, en la pràctica, no fossin una prioritat.

IV. A més intensitat, més costos.

Les diferències de preu segons programa confirmen la hipòtesi que el programa d'alta intensitat és el més car, seguit del programa de mitja i baixa intensitat: el

cost promig per pacient en el programa d'alta intensitat va ser de 277 €, en el programa d'intensitat mitjana 241 € i en el de baixa 210 €.

Aquestes diferències de preu entre programes (cost pacient/any) no són d'una magnitud massa important. L'anàlisi de costos ha permès detectar que entre els programes de mitjana i d'alta intensitat no hi havia diferències significatives pel que fa a costos i aquesta dada el que indica, en definitiva, és que les visites realitzades pels pacients que estaven assignats als diferents programes no havien estat tan freqüents com era d'esperar (veure l'apartat de visites als especialistes segons programa).

V. La relació entre els costos i l'efectivitat (augment de la qualitat de vida relacionada amb la salut) serà directament proporcional.

Per fer l'anàlisi de cost-efectivitat es va construir un model de regressió que permetés incloure les variables que es coneix que estan relacionades amb la qualitat de vida relacionada amb la salut i que, a la vegada, permetés fer la comparació entre els diferents programes en ambdues regressions.

La qualitat de vida relacionada amb la salut és un constructe ampli, que està condicionat per moltes variables de naturalesa molt diferent. Per això, habitualment en els models que s'usa la qualitat de vida relacionada amb la salut com a variable depenent, la variabilitat explicada és baixa. Pel que fa als costos, la capacitat explicativa del model és una mica més gran i està en consonància amb altres modelitzacions que incorporen el cost com a variable depenent. La baixa variabilitat explicada pels models de regressió es podria considerar com una limitació si el que pretenguéssim fos predir els costos o la qualitat de vida relacionada amb la salut a partir de les variables dels models, però l'objectiu de l'anàlisi no era aquest, el que es pretenia era comparar l'efecte en costos i qualitat de vida relacionada amb la salut en funció d'haver assignat

als pacients a un programa o altre. Així doncs, tal i com esperàvem, la variabilitat explicada pel model no va ser massa àmplia, però sí que va permetre comparar l'efecte de l'assignació a un o altre programa en els costos i en la qualitat de vida relacionada amb la salut.

De tota manera, contràriament a la hipòtesi de partida, un increment de costos no va implicar un increment significatiu de la qualitat de vida relacionada amb la salut. A més intensitat de tractament es va observar un increment dels costos relatius, en canvi, la salut percebuda va ser millor en el grup que havia rebut un nivell d'intensitat mitjà (Puigdollers, Cots, Brugal, Torralba, & Domingo-Salvany, 2003).

Pel que fa a les hipòtesis secundàries:

I. A més intensitat en el tractament, millor evolució de la salut general.

No es verifica la hipòtesi.

L'evolució de la salut general en els pacients en tractament és significativa, ja que milloren, però aquesta millora és independent del programa de tractament al que havien estat assignats.

II. A més intensitat en el tractament, menys comportaments de risc per a la salut:

a. Menys ús de la via injectada

L'ús de la via injectada disminueix, però la disminució és independent del programa.

Els PMM permeten fer un consum d'opiacis "legal", oral i diari. La sola administració de metadona és el principal determinant de que el consum d'opiacis il·legals disminueixi, i també de que disminueixi la via habitual amb la que es feia el consum de la substància (injectada a Barcelona). Per tant no és sorprenent que l'ús de la via injectada disminuís dràsticament entre tots els pacients, independentment del programa de tractament al que estiguessin assignats.

b. Més ús sistemàtic del preservatiu

L'ús sistemàtic del preservatiu es manté invariable al llarg del seguiment. No hi ha diferències entre programes.

III. A més intensitat en el tractament, millor adaptació a l'entorn:

a. Menys detencions

L'evolució en les detencions és lleugerament positiva (la proporció de pacients que no han estat detinguts cap vegada s'incrementa lleugerament al llarg del seguiment) però no és significativa ni està relacionada amb l'intensitat de tractament.

b. Menys aturats

L'evolució en l'atur és lleugerament positiva (hi ha una tendència a que hi hagi més pacients treballant a l'any de tractament que no pas a l'inici) però no està relacionada amb l'intensitat de tractament.

Aquests resultats indiquen que l'administració diària i adequada de metadona com a opiaci substitutiu en bona mesura garanteix que els pacients en PMM puguin deixar el consum compulsiu i descontrolat dels opiacis il·legals. Així els comportaments de risc directament relacionats amb el consum d'heroïna disminueixen substancial i ràpidament (al mes de seguiment) i d'aquesta manera el pacient pot reorganitzar el seu temps i tenir l'oportunitat de fer una vida més normalitzada.

Les intervencions pròpies dels serveis auxiliars, especialment importants per a fomentar els recursos personals per a que els pacients puguin reorganitzar la vida en altres nivells (legals, feina, família, salut, etc.), requereixen, evidentment, d'un seguiment més a llarg plaç per a poder observar-ne resultats. En el nostre estudi un seguiment a un any no ha mostrat millores significatives en les àrees no directament relacionades amb el consum d'heroïna (legal, laboral i de salut).

En quant a la valoració econòmica, el gradient de costos mostrava, tal i com hipotetitzàvem, que a més intensitat, més costos. Però la relació cost-efectivitat, concordaria amb que els nivells molt alts de serveis, no han resultat els més cost-efectius, igual com s'havia observat en algun estudi previ (Kraft, Rothbard, Hadley, Mclellan, & Asch, 1997) en el qual s'usava una altra variable resultat (l'abstinència de substàncies il·legals) com a mesura d'efectivitat.

De tota manera, per poder extreure conclusions cal analitzar més detingudament factors que poden haver incidit en aquests resultats: les característiques basals dels pacients, l'adherència al tractament i les limitacions de l'estudi.

5.2 Característiques de la mostra abans de començar el tractament

Les característiques dels pacients al iniciar el tractament, eren similars a aquelles que s'havien descrit en altres enquestes realitzades el mateix any sobre els addictes a heroïna que iniciaven tractament en centres catalans de tractament de drogodependències públics (Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Direcció General de Drogodependències i Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1998). Entre els participants hi havia uns nivells d'atur i d'antecedents legals alts i tenien un nivell educatiu baix. La via d'administració d'opiacis més freqüent entre els participants era l'injectada tal i com ja s'havia observat en estudis previs realitzats amb mostres de consumidors de Barcelona (Barrio et al., 1998), de tota manera s'evidenciava una disminució important en l'ús d'aquesta via respecte a la reportada per pacients que havien iniciat tractament amb metadona a inicis dels anys noranta (quan el 90% declaraven que utilitzaven habitualment la via injectada (Torrens et al., 1997). Per a l'inici del consum, en canvi, la via esnifada va ser la més freqüentment usada. Així doncs, la major part de pacients havien començat a consumir utilitzant la via més segura, considerant que la via esnifada s'associa, entre els consumidors novells, a uns nivells més baixos de dependència que l'injectada o que la fumada (Barrio et al., 2001); s'associa a menys sobredosis mortals que la via injectada (Brugal et al., 2002) i que, per altra banda, no està tan directament relacionada amb malalties infeccioses com ara la SIDA. Probablement el pas de la via esnifada a l'injectada va ser facilitada per què l'heroïna blanca, la predominant en el mercat

Barceloní, és adequada tant per al consum esnifat com per l'injectat i la via injectada és més efectiva – amb igual dosi, més efecte -que l'esnifada (Cone, 1998).

Aquest estudi va començar quan els Programes de Metadona estaven consolidats a Barcelona com a estratègies de minimització de riscos (els PMM s'oferien a Barcelona des de 1992). Bona part dels consumidors problemàtics d'opiacis ja estaven en tractament, i els PMM estaven en expansió en quant a augment de les places ofertades. Respecte als pacients que havien començat tractaments amb metadona anteriorment, quan els PMM van començar a oferir-se a Barcelona, s'observa una millora important en quant a qualitat de vida relacionada amb la salut en el moment d'entrar a l'estudi (Puigdollers, 2000). Tot i així, la mostra reclutada continuava tenint les característiques pròpies d'un col·lectiu socialment deprimat.

Tal i com era de preveure, comparada amb la de la població general, la qualitat de vida relacionada amb la salut dels pacients de l'estudi era dolenta, però, en canvi, era millor que la d'aquells pacients que havien començat tractament quan tot just s'iniciaven els programes de manteniment (Puigdollers, Domingo-Salvany, Brugal, & Alonso, 1999). La qualitat de vida relacionada amb la salut, igual que en la població general o en vells, està relacionada amb diverses variables com el nivell educatiu, (Badia et al., 1999; Orfila, Ferrer, Lamarca, & Alonso, 2000) i la presència de trastorns crònics (Orfila et al., 2000). Així doncs era d'esperar un nivell de salut percebut pitjor que entre la població general. Concretament en l'anàlisi de les característiques a l'inici del tractament dels pacients, la puntuació en salut percebuda depenia de tres variables: VIH (variable de salut orgànica), nivell educatiu (variable sociodemogràfica) i la dependència d'una segona droga (variable toxicològica) (Puigdollers et al., 2003).

Una proporció considerable (19%) dels pacients eren addictes a la cocaïna. Es tracta d'una prevalença molt alta comparada amb l'observada entre els joves de la població general. Les dades referides a la població general indicaven que al voltant del 8% dels joves havien consumit alguna vegada cocaïna, i d'ells, el 19% n'havien consumit els 30 dies abans de l'entrevista (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001). En qualsevol cas, encara estem lluny del 40% dels aproximadament 41000 pacients que abusaven de la cocaïna a l'estat de New York (Joseph, Stancliff, & Langrod, 2000). Pensem que és important fer una atenció especial a aquest fenomen ja que els pacients en PMM que tenen una prevalença més alta de comportaments de risc pel VIH (ús de material de segona mà, parelles sexuals múltiples) són els que consumeixen cocaïna (Magura, Nwakeze, & Demsky, 1998), i, per altra banda, també s'ha descrit que hi ha una proporció més alta d'infeccions pel VIH entre els heroïnòmans que consumeixen cocaïna que entre els que no en consumeixen (Torrens, San, Peri, & Olle, 1991).

En conjunt, un 44% dels pacients que havien mantingut relacions sexuals informaren que havien fet un ús sistemàtic del preservatiu. Aquest percentatge és una mica superior al rang descrit a la literatura: de menys del 20% (Booth, Watters, & Chitwood, 1993) al 40% (Bravo Portela et al., 1996) (Sherman & Latkin, 2001). De tota manera, degut al fenomen de la "desitjabilitat social", assumim que els comportaments de risc poden haver estat infra-reportats (tan l'ús sistemàtic del preservatiu com l'intercanvi de material per a injectar-se). Qui feia l'entrevista era un professional de la salut, en un centre de salut i probablement els pacients van tenir tendència a contestar d'acord amb les normes del context. L'estudi també va permetre detectar una proporció més gran de dones que d'homes infectats pel VIH, tot i que la ruta injectada era menys freqüentment utilitzada per les dones. Les dones, però, estaven més exposades a situacions de risc sexuals: tenien una proporció més alta de parelles UDVP, i també tenien més parelles infectades amb el VIH. En l'actualitat la perspectiva d'un rebrot epidèmic del VIH/SIDA és una amenaça real (UNAIDS & WHO, 2001). La millora del curs clínic dels pacients infectats pel VIH i una

disminució en l'intensitat dels programes de prevenció de riscos dirigits al sexe segur pot haver comportat entre els consumidors de drogues, especialment entre els joves, un augment dels comportaments de risc. A més hi ha certa evidència que indica que l'ús del preservatiu no és considerada una pràctica positiva entre els addictes a l'heroïna. Referent als valors i creences Albertín-Carbó (Albertin-Carbo, Domingo-Salvany, & Hartnoll, 2001) indica que entre els homes era considerat “una manca de virilitat” i, en el context de les relacions estables com a “una manca de confiança”. En relacions sexuals amb parelles sexuals esporàdiques, l'ús del preservatiu estava relacionat per una banda amb si les parelles tenien més o menys els mateixos trastorns, per si el subjecte estava o no infectat pel VIH (si ho estava era més probable l'ús del preservatiu) i estava en funció de les característiques atribuïdes a l'altre de manera que quan una persona era percebuda com a similar a un mateix era menys probable que utilitzessin condó. En aquest escenari no és sorprenent que entre els pacients del present estudi el factor determinant per a l'ús sistemàtic del preservatiu fos el fet d'estar infectat pel VIH i, en canvi, altres situacions de risc com ara tenir una parella UDVP, reutilitzar xeringues o tenir la parella infectada pel VIH, no fossin significatives (Puigdollers et al., 2003).

Així doncs, cal continuar insistint en els missatges i campanyes de promoció de l'ús del preservatiu especialment entre les dones i, tal i com indicava White, en els centres de tractament de drogodependències seria bo fer un assessorament no tan sols dels pacients, sinó també de les seves parelles en matèria de sexualitat (White, Phillips, Mulleady, & Cupitt, 1993).

5.3 Característiques dels subjectes perduts

Les pèrdues de pacients es van repartir de manera similar en els tres programes de tractament. Les característiques inicials dels qui seguirien en tractament tot l'any, comparades amb els qui abandonarien abans, eren similars pel que fa a

variables socio-demogràfiques, toxicològiques i de salut (salut general i VIH). En quant a la qualitat de vida relacionada amb la salut, els pacients que van abandonar informaven tenir-la lleugerament pitjor que els que van seguir el tractament. Concretament la puntuació en les dimensions son i mobilitat física i la puntuació global eren lleugerament pitjors entre aquells que abandonarien. Tenint en compte que les diferències en quant a la qualitat de vida relacionada amb la salut no van ser marcades, i que la resta de característiques eren equivalents, suposem que els subjectes que van mantenir-se en el tractament tot l'any eren comparables als que el van abandonar.

Pel que fa als 18 casos censurats, tal i com era d'esperar (donat el baix número de casos i a la casuística per la qual havien estat censurats) eren molt heterogenis. Els subjectes censurats, en trets generals mostraven unes característiques socio-demogràfiques i de salut pitjors que es poden entendre pels motius de censura més freqüents (ingressar a presó, morir, ingressar a hospital) que estan relacionats amb pitjors situacions socio-demogràfiques i/o de salut.

5.4 Limitacions de l'estudi

Les intervencions psicològiques i socials habitualment tenen un efecte a mig o llarg plaç, i el principal resultat amb el que es treballa en aquest estudi (increment de la qualitat de vida relacionada amb la salut al mes) és a curt plaç. Probablement un lapse de temps més ampli hauria estat especialment convenient a l'hora d'avaluar intervencions d'aquest tipus (prevenció de recaigudes, promoció d'habilitats interpersonals, etc.). Es tracta d'intervencions que requereixen un temps durant el que la persona pugui aplicar i experimentar en la seva vida quotidiana allò que s'ha treballat en les sessions de tractament. És necessari un temps per al "assaig i error", per a que es tingui l'oportunitat de que hi hagi recaigudes i per a integrar els aprenentatges en

general (Klingemann, 2000). Així doncs, en l'anàlisi cost-efectivitat, l'extrapolació dels resultats del mes a un any és una limitació important. De tota manera estudis previs (Ryan et al., 1996) indiquen l'utilitat d'utilitzar aquesta estratègia per compensar el fet que si s'usessin les dades referides a l'any la proporció de subjectes perduts dificultaria que poguéssim comparar entre programes. Per altra banda, en l'estudi de Torrens (Torrens et al., 1997) es va observar que pacients que havien iniciat un PMM amb serveis auxiliars (alta intensitat), milloraven significativament el nivell de qualitat de vida relacionada amb la salut el primer mes de seguiment i que a l'any aquesta millora no era significativament diferent a la del mes. Com que s'observà aquest fenomen en els programes de més alta intensitat, era esperable que els programes amb menys serveis (mitjana i baixa intensitat) obtinguessin menor o igual nivell de millora a l'any i al mes, però no superior. Aquest fenomen torna a confirmar-se en aquest estudi: els valors del PSN milloren significativament de l'inici al mes de seguiment, però del mes als 6 mesos i a l'any pràcticament no hi ha variacions importants, tot i que hi ha una lleugera tendència a puntuar més baix (millor qualitat de vida).

Per altra banda, els abandonaments i la falta d'adherència als components del tractament són un handicap important dels tractaments a les drogodependències. En el present estudi, probablement degut a les característiques dels participants i a la dinàmica dels centres, una part molt important de pacients no va utilitzar els recursos que li corresponien segons el programa assignat. Per aquest motiu hem de tenir molta cura a l'hora d'interpretar els resultats. L'anàlisi que es va utilitzar segons "intenció de tractament" va requerir que les dades dels pacients que "violaven" el protocol per qualsevol raó que a priori no fos motiu d'exclusió (baixes i censures), no s'exclouessin de l'anàlisi, i van ser considerats com a subjectes que havien rebut el tractament assignat. Així doncs, aquells pacients que van usar serveis no assignats i també els que no van utilitzar els serveis assignats (o no van seguir les pautes establertes) es considerava que havien rebut el tractament

assignat. Donat que les dades indiquen que l'adherència als programes és molt pobra, l'informació que se'n pot desprendre és sobre l'efectivitat dels programes en termes comunitaris o de grup. Però, en canvi, no poden donar una idea de quin és el millor programa de tractament a nivell de pacient individual, ja que molts dels pacients no han fet els tractaments tal i com es coneix que tenen efecte: utilitzant els serveis auxiliars assignats amb la freqüència, durada i dedicació necessaris. Per tant, no podem donar resposta a un clínic que es preguntí quin és el millor tractament o quan bé funciona un tractament determinat per a un pacient que a priori es cregui que està disposat a fer el tractament tal i com se li recomana (per tant es tracti d'un pacient que teòricament podrà dedicar-hi el temps que calgui, estarà suficientment motivat, etc.). De fet, les intervencions amb menys components poden resultar més atractives per la majoria de pacients addictes, ja que l'intrusió a la vida diària és mínima i impliquen menys esforç. Un nivell socio-econòmic deprimat, com el de la mostra estudiada, pot haver deixat als pacients en posició d'haver d'escollir adherir-se al tractament (als serveis auxiliars) o fer front a altres prioritats que, freqüentment, podien incloure demandes (familiars, legals, laborals) que afectessin directament els seus recursos limitats. A més d'altres factors que també poden haver interactuat i influenciat l'adherència són el coneixement que tenien els pacients sobre el trastorn, les actituds i creences sobre l'addicció, la motivació per a fer-hi front, la confiança referent a la pròpia habilitat per a comportar-se adequadament per a millorar la salut (expectatives d'auto-eficàcia) i les expectatives referents als resultats del tractament i de les conseqüències de la no-adherència.

Finalment, l'assignació sistemàtica dels pacients va generar un grup de pacients en l'intensitat de tractament alta amb una proporció més gran de politoxicòmans, i en el grup de baixa intensitat tenia una proporció més baixa d'aturats. Sembla que les característiques dels pacients són menys determinants que no pas les característiques dels tractaments, però aquest debat sobre si les característiques prèvies al tractament referents al subjecte influeixen en

l'efectivitat (Gowing, Ali, & White, 2001) actualment encara està obert. Així, tot i que l'anàlisi cost-efectivitat s'ha fet ajustada per aquelles variables que podien condicionar els resultats del tractament, si les característiques han afectat d'alguna manera en els resultats probablement haurà estat en detriment de l'efectivitat del programa d'alta intensitat.

5.5 Implicacions

Les característiques dels pacients a l'inici del tractament indiquen que el nivell socio-econòmic deprimat, l'abús de la cocaïna i l'ús no sistemàtic del preservatiu són problemes a considerar a l'hora de planificar els tractaments.

L'addicció és un trastorn cerebral crònic (Leshner, 1997), que cursa amb recaigudes (en la major part de casos) i té una natura complexa (inclou aspectes comportamentals i socials o de context, sent aquests aspectes part del propi desordre). A l'hora de planificar intervencions dirigides al tractament del trastorn s'hauria de tenir en compte la naturalesa del mateix. Però els CAS que van participar en l'estudi semblen funcionar segons models d'atenció sanitària dirigida més aviat a trastorns aguts que crònics. Aquests models tendeixen a fomentar intervencions dirigides al control dels símptomes (en el nostre cas l'administració de metadona pel maneig del consum d'heroïna primordialment) i per tant el seu impacte és discret. De fet, en l'estudi, les àrees on hi va haver millora significativa van ser en salut percebuda i en comportaments de risc relacionats amb el consum (augment del nivell de salut percebuda i disminució de l'ús de la via injectada). Aquesta evolució favorable probablement és atribuïble directament a l'administració de dosis adequades de metadona i no tant a l'atenció més o menys integral del pacient. En canvi, l'adaptació a l'entorn (situació laboral, l'ús sistemàtic del preservatiu i les detencions) no van canviar significativament al llarg del seguiment, segurament per la pràctica inexistència d'atenció auxiliar. El maneig de trastorns crònics requereix una conceptualització i estratègies diferents, més àmplies i dirigides a augmentar

l'adherència (Sabaté, 2001). En els trastorns crònics és necessari un sistema que inclogui en els principals objectius del tractament modificar els determinants dels comportaments relacionats amb la salut per a que els avenços siguin realment adequats en quant a resultats.

En general els resultats dels estudis d'eficàcia sobre els serveis auxiliars en PMM concorden: a més serveis auxiliars millors resultats, però els estudis d'efectivitat estan lluny d'aquests resultats. L'existència d'intervencions dirigides a augmentar l'adherència podrien ser decisives per a disminuir la diferència que hi ha entre els resultats referits a l'eficàcia i els referits a l'efectivitat quan s'implementen els tractaments en els contextos clínics. Creiem que, com per qualsevol malaltia crònica, en el tractament de les addicions les intervencions dirigides a augmentar l'adherència haurien d'estar lligades a l'activitat mateixa. Es coneix que les característiques pròpies de les teràpies poden determinar l'adherència augmentant-la o disminuint-la. Alguns determinants són, per exemple la complexitat de l'intervenció, la facilitat d'accés al tractament, els resultats beneficiosos immediats, els efectes secundaris i l'accessibilitat amb el professional de la salut. Per això creiem que seria necessària l'existència de protocols i guies estàndards per als professionals que treballen en PMM en el context espanyol.

A la Taula 12 veiem que els trastorns crònics requereixen d'intervencions de durada llarga o indefinida, dirigides al control de la progressió de la malaltia, a l'increment de la supervivència i de la qualitat de vida (Sabaté, 2001). En el cas de l'addicció a opiacis està clar que, a les variables relacionades amb el consum de determinant agent (heroïna en el cas d'aquest estudi), se li ha de sumar l'existència de factors personals o ambientals relacionats amb l'aparició i el manteniment de la malaltia. Per tant el coneixement dels determinants i del maneig de la malaltia, no està concentrat exclusivament en els professionals sanitaris, sinó que està compartit amb la família i els pacients. Així doncs, el maneig del trastorn, per a garantir que sigui eficaç, requereix de fàrmacs, de

suport comunitari i familiar, d'estratègies d'auto-maneg, i d'un sistema de salut adequat.

Creiem que en el context en el que es va realitzar l'estudi, tot i que l'objectiu del tractament (augment de la qualitat de vida) i la durada (a llarg plaç o il·limitada) era adequada per al problema a tractar (model de malaltia crònica), la forma en que es va manejar el trastorn no va ser adequada, ja que el model seguit s'adequa més al de malaltia aguda. L'administració de metadona en dosi adequada va ser allò fonamental, però en canvi, creiem que les estratègies d'auto-maneg i el suport familiar i comunitari no van estar suficientment presents.

Taula 12 Comparació dels models d'atenció dirigits a problemes de salut aguts vers crònics.

	Atenció aguts	Atenció crònics
Objectiu principal	Curar.	Control de la progressió de la condició; increment de la supervivència; increment de la qualitat de vida.
Durada	Limitada.	A llarg plaç; indefinida o durant tota la vida.
Coneixement	Concentrat en els professionals sanitaris.	Professionals sanitaris, els pacients i les famílies comparteixen coneixements complementaris.
Maneg del trastorn	Dirigida a la fase aguda i amb tractament exclusivament mèdic.	És rellevant l'ús de varis fàrmacs i d'estratègies d'auto-maneg i d'un sistema de salut adequat i del suport comunitari i familiar. Habitualment hi ha comorbidityats.
Subministradors de l'atenció	Habitualment centres hospitalaris o institucions de salut.	Les organitzacions relacionades amb la salut en un sentit ampli, els serveis comunitaris i la família.

(Adaptació de Sabaté, 2001)

Per altra banda, l'experiència indica que no tots els professionals aconseguixen els mateixos resultats en el foment del canvi en els seus pacients, i no es coneix encara clarament si l'èxit depèn de la formació i experiència, de les tècniques

utilitzades o de certes habilitats i característiques personals dels terapeutes o de l'equip d'atenció (Magura, Nwakeze, Kang, & Demsky, 1999). A més, la qualitat dels serveis auxiliars oferts, el moment en els que s'han ofert i si el pacient volia rebre aquests serveis sembla que també poden determinar els resultats (Ward, Mattick, & Hall, 1998) (Magura et al., 1999).

Suggeriments per a futures recerques:

- ✓ L'interpretabilitat dels estudis milloraria si es controlessin i descrivissin millor variables vinculades als processos d'atenció terapèutica: Disponibilitat horària dels serveis, entorn físic, de quins serveix "auxiliars" no formals es disposa - per exemple grups de voluntaris que col·laboren amb els centres -, les actituds dels professionals respecte els pacients, la formació i experiència dels professionals que ofereixen el servei, etc.
- ✓ Caldria determinar quines són les variables resultat més adequades i sensibles per a mesurar l'efecte de les intervencions, tenint en compte que també fossin capaces de reflectir els objectius propis de les intervencions per a trastorns crònics. I quin és el moment per fer la mesura especialment si el que es pretén mesurar són intervencions psicològiques o educatives dirigides a assolir estratègies d'auto-maneg.
- ✓ Per a adequar els serveis a les necessitats dels usuaris caldria conèixer per una banda la opinió dels usuaris sobre la qualitat dels serveis, si responen a les seves necessitats i els motius pels quals no han utilitzat determinats serveis que oferia el centre.

5.6 Conclusions

- ✓ Els pacients que iniciaren els PMM per primera vegada a Barcelona eren un grup socio-econòmicament deprimat, amb una prevalença alta d'infectats pel VIH i amb una qualitat de vida pobre.
- ✓ La qualitat de vida relacionada amb la salut millorà ràpidament (al mes de seguiment) i en tots els programes (independentment dels serveis assignats).
- ✓ La retenció en tractament va ser relativament alta (independentment dels serveis auxiliars assignats).
- ✓ La manca d'adherència als tractaments és un problema molt important en el context natural en el que es van oferir els PMM.
- ✓ En el contexte en el que es va realitzar l'estudi, el programa d'intensitat mitja va ser el més cost-efectiu.
- ✓ Novament s'evidencia que els estudis realitzats en contextos naturals (estudis d'efectivitat), no obtenen els mateixos resultats que els estudis d'eficàcia, que es realitzen en contextos controlats, amb suficients recursos i amb pacients seleccionats. Probablement la manca d'adherència al tractament és la responsable d'aquesta divergència en quant a resultats.

6 Bibliografía

Albertin-Carbo,P., Domingo-Salvany,A., & Hartnoll,R.L. (2001). Psychosocial considerations for the prevention of HIV infection in injecting drug users. Qualitative Health Research, 11(1), 26-39.

Alonso,J., Anto,J.M., & Moreno,C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. Am.J.Public Health, 80(6), 704-708.

Badia,L., X, Herdman,M., & Schiaffino,A. (1999). Determining correspondence between scores on the EQ-5D "thermometer" and a 5-point categorical rating scale. Med.Care, 37(7), 671-677.

Baillie,A.J., Webster,P., & Mattick,R.P. (1992). An Australian survey of the procedures used for the treatment of opiate users. Drug and Alcohol Review, 11, 343-354.

Ball,J.C., & Ross,J. (1991). The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. Patients, programs, services and outcome. Ann Arbor, Michigan: Springer-Verlag.

Barrio,G., De La Fuente,L., Royuela,L., Díaz,A., Rodriguez-Artalejo,F., & Spanish Group for the Study on the route of administration of drugs. (1998). Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. Journal of Epidemiology and Community Health, 52, 172-180.

Barrio,G., de la,F.L., Lew,C., Royuela,L., Bravo,M.J., & Torrens,M. (2001). Differences in severity of heroin dependence by route of administration: the

importance of length of heroin use. Drug and Alcohol Dependence, 63(2), 169-177.

Booth,R.E., Watters,J.K., & Chitwood,D.D. (1993). HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. American Journal of Public Health, 83(8), 1144-1148.

Bravo Portela,M.J., Barrio Anta,G., De La Fuente De Hoz,L., Colomo Gómez,C., Royuela Morales,L., & Estébanez Estébanez,P. (1996). Conductas de riesgo para transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringas en Madrid, 1993. Gaceta Sanitaria, 10, 261-273.

Brugal,M.T., Barrio,G., De,L.F., Regidor,E., Royuela,L., & Suelves,J.M. (2002). Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. Addiction, 97(3), 319-327.

Calsyn,D.A., Saxon,A.J., Blaes,P., & Lee-Meyer,S. (1990). Staffing of American methadone maintenance programs. Journal of Substance Abuse Treatment, 7, 255-259.

Condelli,W.S. (1993). Strategies for increasing retention in methadone programs. Journal of Psychoactive Drugs, 25(2), 143-147.

Condelli,W.S., & Dunteman,G.H. (1993). Exposure to methadone programs an heroin use. American Journal of Drug Abuse, 19(1), 65-78.

Cone,E.J. (1998). Recent discoveries in pharmacokinetics of drugs of abuse. Toxicol.Lett., 102-103, 97-101.

Dole,V.P., & Nyswander,M. (1965). A medical treatment for Diacetylmorphine (heroin) addiction. Journal of the American Medical Association, 193(8), 80-84.

Dole,V.P., Robinson,J.W., Orraca,J., Towns,E., Searcy,P., & Caine,E. (1969). Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. New England Journal of Medicine, 280, 1372-1375.

Domingo-Salvany,A., Pérez,K., Torrens,M., Bravo,M.J., Antó,J.M., & Alonso,J. (1999). Methadone treatment in Spain, 1994. Drug and Alcohol Dependence, 56, 61-66.

Farrell,M., Ward,J., Mattick,R.H., 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.

Ferrer,M., Alonso,J., Morera,J., Marrades,R.M., Khalaf,A., Aguar,M.C., Plaza,V., Prieto,L., & Anto,J.M. (1997). Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. Annals of Internal Medicine., 127(12), 1072-1079.

Gossop,M., & Grant,M. (1991). A six country survey of the content and structure of heroin treatment programmes using methadone. British Journal of Addiction, 86, 1151-1160.

Gossop,M., Marsden,J., Stewart,D., & Kidd,T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow- up results. Addiction, 98(3), 291-303.

Gowing,L., Ali,R., & White,J. (2001). Opioid antagonists under sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. Cochrane.Database.Syst.Rev, 1, CD002022

Gunne,L.M., & Grönbladh,L. (1981). The Swedish methadone maintenance program: a controlled study. Drug and Alcohol Dependence, 7, 249-256.

Gutstein,H.B., & Akil,H. (2001). Opioid Analgesics. In J. G. L. L. E. Hardman (Ed.), The pharmacological basis of therapeutics. (pp. 569-619). New York: Mc Graw-Hill.

Inturrisi,C.E., & Verebely,K. (1972). Disposition of methadone in man after a single oral dose. Clin.Pharmacol.Ther., 13(6), 923-930.

Joseph,H., Stancliff,S., & Langrod,J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT): A review of historial and clinical issues. Mount Sinai Journal of Medecine, 67(5-6), 347-364.

Klingemann,H. (2000). "To every thing there is a season"- social time and clock time in addiction treatment. Social Science & Medicine, 51, 1231-1240.

Kraft,M.K., Rothbard,A.B., Hadley,T.R., Mclellan,A.T., & Asch,D.A. (1997). Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? American Journal of Psychiatry, 154, 1214-1219.

Leshner,A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. Science, 278(5335), 45-47.

Magura,S., Nwakeze,P.C., & Demsky,S.Y. (1998). Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. Addiction, 93(1), 51-60.

Magura,S., Nwakeze,P.C., Kang,S.Y., & Demsky,S. (1999). Program quality effects on patient outcomes during methadone maintenance: a study of 17 clinics. Substance Use and Misuse, 34(9), 1299-1324.

Manzanera,R., Villalbí,J.R., Torralba,L., & Solanes,P. (1996). Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias. Medicina Clínica (Barc), 107, 135-142.

Marsch,L.A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. Addiction, 93(4), 515-532.

Mclellan,A.T., Arndt,I.O., Metzger,D.S., Woody,G.E., & O'Brien,C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. Journal of the American Medical Association, 269, no. 15, 1953-1959.

Mossey,J.M., & Shapiro,E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. American Journal of Public Health, 72, 800-808.

Newman,R.G., & Whitehill,W.B. (1979). Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. The Lancet, ii, 485-488.

Nyswander,M., & Dole,V.P. (1967). The present status of methadone blockade treatment. Am.J.Psychiatry, 123(11), 1441-1442.

O'Brien,C.P. (2001). Drug Addiction and Drug Abuse. In J. G. L. L. E. Hardman (Ed.), The pharmacological basis of therapeutics. (pp. 621-642). New York: Mc Graw-Hill.

O'Neill,K., Baker,A., Cooke,M., Collins,E., Heather,N., & Wodak,A. (1996). Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for pregnant injecting drug users at risk of HIV infection. Addiction, 91(8), 1115-1125.

Observatorio Español de Drogas. Informe nº 4. (2001). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.

Orfila,F., Ferrer,M., Lamarca,R., & Alonso,J. (2000). Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. J Clin.Epidemiol., 53(6), 563-570.

Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Direcció General de Drogodependències i Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. (1998). Atenció a les drogodependències a Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya, XX, 159-166.

Plan Nacional Sobre Drogas. (1999). Informe no 2. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior. 84-8150-195-6.

Puigdollers,E. (2000). Característiques basals dels pacients que inicien tractament amb metadona, en diferents subprogrames, a la ciutat de Barcelona. Institut Municipal d'Investigació Mèdica i Universitat Autònoma de Barcelona.

Puigdollers,E., Cots,F., Brugal,M.T., Torralba,L., & Domingo-Salvany,A. (2003). Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. Gaceta Sanitaria, 2 (17), 123-130.

Puigdollers,E., Domingo-Salvany,A., Brugal, M.T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., Magrí, N., Martín, S., Vázquez, J. M. (2003). Characteristics of Heroin Addicts Entering Methadone Maintenance Treatment: Quality of Life and Gender. Substance Use and Misuse [accepted].

Puigdollers,E., Domingo-Salvany,A., Brugal,M.T., & Alonso,J. (1999). Baseline data from patients in methadone maintenance programs. Quality of Life Research, 8, 659

Ruigomez,A., Alonso,J., & Anto,J.M. (1991). Salud percibida y capacidad funcional de la poblacion anciana no institucionalizada de Barcelona. [Perceived health and functional capacity of a non-institutionalized elderly population in Barcelona]. Gaceta Sanitaria, 5, 117-124.

Ryan,C.F., & White,J.M. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. Addiction, 91, 39-45.

Sabaté,E. Adherence to long-term therapies: policy for action. (2001). World Health Organisation. World Health Organisation.

Sees,K.L., Delucchi,K.L., Masson,C., Rosen,A., Clark,H.W., Robillard,H., Banys,P., & Hall,S.M. (2000). Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 283(10), 1303-1310.

Sherman,S.G., & Latkin,C.A. (2001). Intimate relationship characteristics associated with condom use among drug users and their sex partners: a multilevel analysis. Drug Alcohol Depend., 64(1), 97-104.

Snyder,H.S. (1992). Opiáceos. In Prensa Científica (Ed.), Drogas y Cerebro. (pp. 31-63). Barcelona: EGEDSA.

Torrens,M., San,L., Martinez,A., Castillo,C., Domingo-Salvany,A., & Alonso,J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. Addiction, 92(6), 707-716.

Torrens,M., San,L., Peri,J.M., & Olle,J.M. (1991). Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. Drug and Alcohol Dependence, 27, 29-34.

UNAIDS, & WHO. (2001). AIDS epidemic update. Geneva.

Verster, A. & Buning, E. Manual de Metadona. 1-60. 2000. Amsterdam, Euro-Methwork.

Ward,J., Darke,S., Hall,W., & Mattick,R. (1992). Methadone Maintenance and the Human Immunodeficiency Virus: Current Issues in Treatment and Research. British Journal of Addiction, 87, 447-453.

Ward,J., Mattick,R.P., & Hall,W. (1998). Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

White,D., Phillips,K., Mulleady,G., & Cupitt,C. (1993). Sexual issues and condom use among injecting drug users. AIDS Care, 5(4), 427-437.

Annex 1 Perfil de Salut de Nottingham



CONFIDENCIAL

© J.M. Antó, J. Alonso y S.M. Hurt.
Correspondència: Dr. J. Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. I.M.I.M.
Doctor Aiguader, 60. E- 08003 Barcelona, España.
Tel: + 34 93 221 20 09. Fax: + 34 93 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

Nº Identificació	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Persona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Administració	<input type="checkbox"/>
------------------	---	---------	---	---------------	--------------------------

● A CONTINUACIÓ VEURÀ ALGUNS DELS PROBLEMES QUE LA GENT POT TENIR A LA SEVA VIDA DIÀRIA.

● LLEGEIXI ATENTAMENT LA LLISTA DE PROBLEMES.

● A CADA PROBLEMA, SI VOSTÉ EL TÉ, MARQUI UNA CREU A LA CASELLA DEL "SÍ".

● SI VOSTÉ NO TE AQUEST PROBLEMA, MARQUI UNA CREU A LA CASELLA DEL "NO".

● SI US PLAU, CONTESTI TOTES LES PREGUNTES. SI NO ESTÀ MOLT SEGUR/A DE CONTESTAR "SÍ" o "NO", ASSENYALI LA RESPOSTA QUE VOSTE CREGUI QUE ÉS "LA MÉS CERTA" ACTUALMENT.

nº identificació

 Període

 Administració

SI US PLAU
NO ESCRIGUI EN
AQUEST MARGE

	SÍ	NO	
Sempre estic cansat/dà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
Tinc dolor a les nits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
Les coses em deprimeixen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
SÍ NO			
Tinc un dolor insuportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Prenc pastilles per dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
He oblidat què és passar-ho bé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
SÍ NO			
Tinc els nervis de punta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7
Tinc dolor al canviar de posició	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8
Em trobo sol/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9
SÍ NO			
Només puc caminar a dins de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10
Em costa ajupir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11
Tot em costa un esforç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12

		SÍ		NO		SIUS PLAU NO ESCRIGUI EN AQUEST MARGE
<p>4 LA LLEIJA DEUMENT ADORNALLI "SÍ" A CADA UN DELS ASPECTES DE LA SEVA VIDA QUE ESTAN VIST AFECTATS PER UN DETERMINAT CONTEXTI "NO" A AQUELLE ASPECTES QUE NO SÓN AFECTATS</p>						
	Em costa vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
	De seguida em quedo sense forces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
	Em costa estar dret/a molta estona <i>(per exemple, fent cua)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
<p>ACTUALMENT, EL SEU ESTAT DE SALUT, EL DARRA PROBLEMES AMB...</p>						
	Tinc dolor constantment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
	Em costa molt adormir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
	Crec que no tinc ningú en quí confiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
<p>EL TREBALL DOMÈSTIC</p>						
	Les preocupacions em desvetllen a la nit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
	Crec que no val la pena viure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
	Dormo malament a les nits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
<p>LA SEVA VIDA SOCIAL</p>						
	Em costa molt entendre'm amb la gent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
	Necessito ajuda per caminar fóra de casa <i>(per exemple, bastó, crossets, o algú que m'ajudi)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
	Tinc dolor al pujar i baixar escales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
<p>ELS SEUS ENTRETENIMENTS I AFICCIONS</p>						
	Em desperto desanimat/da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
	Tinc dolor quan estic assentat/da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38

SI US PLAU
NO ESCRIGUI EN
AQUEST MARGE

A LA LLISTA SEGUENT ASSENYALI "SÍ" A CADA UN DELS ASPECTES DE LA SEVA VIDA QUE S'HAGI VIST AFECTAT PER LA SEVA SALUT. CONTESTI "NO" A AQUELLS ASPECTES QUE NO ESTIGUIN AFECTATS.

ACTUALMENT, EL SEU ESTAT DE SALUT,
LI CAUSA PROBLEMES AMB ...

- | | SÍ | NO | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ... EL SEU LLOC DE TREBALL ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 39 |
| ... ELS TREBALLS DOMÈSTICS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 40 |
| <i>(com per exemple, netejar, cuinar, pintar, fer reparacions)</i> | | | |
| ... LA SEVA VIDA SOCIAL ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 41 |
| <i>(com per exemple, sortir, veure els amics, anar al bar)</i> | | | |
| | SÍ | NO | |
| ... LA SEVA VIDA FAMILIAR ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 42 |
| <i>(es a dir, les relacions amb els de casa)</i> | | | |
| ... LA SEVA VIDA SEXUAL ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 43 |
| ... ELS SEUS ENTRETENIMENTS I AFICIONS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 44 |
| <i>(com per exemple, fer esport, veure la TV, fer mitja, etc...)</i> | | | |
| ... ELS DIES DE FESTA ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 45 |
| <i>(vacances, nadal, caps de setmana)</i> | | | |

MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA COL·LABORACIÓ

Annex 2 Entrevista Semi-Estructurada

1. DADES DE REGISTRE

Núm Història Clínica

Centre que ho notifica

Professional que fa l'acollida

Inici del tractament actual

Procedència del pacient

01. Iniciativa pròpia o de familiars
02. Atenció primària o marge de capçalera
03. Centres de la Xarxa d'Atenció a les Dependències
04. Xarxa psiquiàtica
5. Altres generals
06. ...o altres serveis sanitaris

07. Atenció primària social
08. Altres serveis socials
09. Associacions d'afectats
10. Administració de Justícia
11. Altres
09. Desconegut

2. DADES PERSONALS

Primer Cognom

Segon Cognom

Nom

Data de naixement

Província de naixement

Sexe

1. Home
2. Dona

D.N.I. o Passaport

Núm Seguretat Social. Cobertura Sanitària

Domicili

Municipi residència

Codi Postal

Districte Municipal

- | | | |
|--------------------|----------------------------|------------------------------|
| 01. Ciutat Vella | 05. Sarralé - Sant Gervasi | 09. Sant Andreu |
| 02. Eixample | 06. Gòtic | 10. Sant Martí |
| 03. Sant Miquel de | 07. Horta Guineuà | 08. No residents a Barcelona |
| 04. Les Corts | 08. Ciutat Nova | 09. Desconegut |

Barris

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 01. Barceloneta | 15. Sants | 29. Sagrada Família |
| 02. Parc (Casc Antic) | 16. Les Corts | 30. Cobelet |
| 03. Gòtic | 17. Pedralbes | 31. Sant Andreu |
| 04. Nou Barris | 18. Sant Gervasi | 32. Bon Pastor |
| 05. Sant Andreu | 19. Sants | 33. Tívoli Vella |
| 06. Eixample | 20. Vallvidrera-Les Planes | 34. Fort Pienc |
| 07. Dreta d'Eixample | 21. Gracia | 35. Poblenou |
| 08. Estació Nord | 22. Vallcarlos | 36. Sant Gervasi |
| 09. Sagrada Família | 23. Guineuà | 37. Dret |
| 10. Poblenou | 24. Horta | 38. Verneda |
| 11. Montjuïc | 25. Vall d'Hebron | 08. No residents a Barcelona |
| 12. Zona Franca - Port | 26. Vilapitres - Turó Pins | 09. Desconegut |
| 13. Fort de la Guàrdia | 27. Rogent - Verdum | |
| 14. Sardenya - Hostafranca | 28. C. Meridiana - Vallbona | |

Telèfon

Situació de residència actual (el darrer mes)

1. Via sol
2. Via amb la família
3. Via amb amic
4. Via amb companyia
5. Via en una institució (especificar)
6. Provisional sense domicili
7. Altres (especificar)
8. Desconegut

Número de fills al seu càrrec

Nom de la persona referent

Domicili de la persona referent

Codi postal i població de la persona referent

Província de la persona referent

(veure codi al dors de la pàgina)

Telèfon de la persona referent

Parentiu de la persona referent

Persona a qui enviar la correspondència

Observacions administratives

3. DADES SOCIOLÒGUES

Nivell d'instrucció

1. No sap llegir ni escriure
2. Estudi primari incomplet, 5 primers cursos d'EDD o d'Educació Primària
3. Estudi primari, Certificat d'Escolaritat o Educació Primària
4. Batxillerat Elemental, Graduat Escolar o Educació Secundària Obligatòria (LOGSE)
5. Batxillerat Superior, BUP, COU, Batxillerat LOGSE, Formació Professional de 1r o 2n grau, FP de grau mitjà (LOGSE)
6. Altres titulacions per a les quals es requereix Graduat Escolar, Educació Secundària Obligatòria o equivalents
7. Títol universitari de grau mitjà, 3 cursos aprovats d'una Universitat, FP de grau superior (LOGSE)
8. Títol universitari de grau superior
9. Altres titulacions superiors per a les quals es requereix Batxillerat Superior, BUP o Batxillerat LOGSE
00. Desconegut

GENOGRAMA



CODIS DE PROVINCIA

01	Alaba	28	Madrid
02	Albacete	29	Málaga
03	Alicant	30	Murcia
04	Almeria	31	Navarra
05	Avila	32	Orense
06	Badajoz	33	Asturias
07	Balears	34	Palencia
08	Barcelona	35	Las Palmas
09	Burgos	36	Pontevedra
10	Cáceres	37	Salamanca
11	Cadix	38	Santa Cruz de Tenerife
12	Castelló	39	Santander
13	Ciutat Real	40	Segovia
14	Cordoba	41	Sevilla
15	Corunya	42	Soria
16	Conca	43	Tarragona
17	Girona	44	Terol
18	Granada	45	Toledo
19	Guadalajara	46	Valencia
20	Guipuscoa	47	Valladolid
21	Huelva	48	Bizcaya
22	Osca	49	Zamora
23	Jaen	50	Saragossa
24	Lleó	51	Ceuta
25	Lleida	52	Melilla
26	Logroño	88	Estranger
27	Lugo	99	Desconeguda

Situació laboral principal en el moment de l'admissió a tractament

- 1. Complint el Servei Militar o Prestació Social Substituta
- 2. Amb relació laboral, contracte indefinid o treballador per compte propi
- 3. Amb contracte o relació laboral temporal
- 4. Treballant sense sou per a la família
- 5. Parat, no havent treballat abans
- 6. Parat, havent treballat abans
- 7. Incapacitat permanent, pensióista
- 8. Estudiant o oponent
- 9. Facilitant exclusivament feines de la llar
- 10. En altra situació. Especifica-la
- 11. Desconegut

Quants mesos ha treballat dels últims sis?

Professió

Antecedents legals

- 1. Sí
- 2. No
- Nombre d'ingressos a la presó.....
- Mesos de condemna completa.....
- Nombre de judicis pendents.....
- Nombre de detencions en els últims 6 mesos.....

4. HISTÒRIA TOXICOLÒGICA

Droga principal que motiva el tractament. Escriu-ne el nom:

.....

Tractat prèviament alguna vegada per aquesta droga? (ja qualsevol tipus)

- 1. Tractat prèviament
- 2. Mai ha estat tractat
- 3. Desconegut

	Tipus de droga (1)	Any inici (2)	Consum de darrer mes (3)	Frecüència ocasions (4)	Via adm. total més freqüent (5)	Via adm. actual més freqüent (6)	Últim consum en mesos (7)	Últim tractament (8)	Tipus tract. més freqüent (9)	Últim consum en U.H.D.*	Últim ingress a C.T.**
Droga Principal											
Droga Secundària											
Droga Terciària											

Altres drogues consumides durant els darrers 30 dies

.....

S'ha injectat alguna vegada?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Desconegut

En cas de SÍ, data de la primera injecció (si es desconeix = 99)

S'injecta actualment? (alguna vegada en el darrer mes)

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Desconegut
- 4. No procedeix

Temps transcorregut des que es va injectar per última vegada qualsevol substància psicoactiva

- 1. Menys d'un mes
- 2. Menys d'un any
- 3. De dos a tres anys
- 4. De tres a quatre anys
- 5. De cinc a nou anys
- 6. Deu o més anys
- 7. Mai no s'ha injectat
- 8. Desconegut

Si s'ha injectat, ha compartit alguna vegada la xeringa?

- 1. Sí, compartida
- 2. No, mai compartida
- 3. Desconegut
- 4. No procedeix

Actualment comparteix la xeringa? (en el darrer mes)

- 1. Sí, compartida
- 2. No, mai compartida
- 3. Desconegut
- 4. No procedeix

(1) Escriu-ne el nom

(2) En aquests apartats no debes cap casella en blanc. Utilitza '0' en cas de resposta negativa.

(3) Les unitats s'han d'especificar en mg. per opiacis, cocaïna, disprexolol; i en gr. per alcohol i cannabis.

(4) Freqüència:

- 1. Diari
- 2. Quinzenal
- 3. Setmanal
- 4. +1-2 cops setmanals
- 5. Menys de 1 ocasió
- 6. +1 de 3 ocasions

(5) Via administració:

- 1. Oral
- 2. Fumada
- 3. Inhalada
- 4. "Sniffada"
- 5. Injecció
- 6. Altres
- 7. Desconegut
- 8. Sense consum

*U.H.D.: Unitat Hospitalària de Desinibició

**C.T.: Comunitat Terapèutica

Recursos utilitzats: UH, tallers terapèutics, famílies d'acollida, etc.

(afegir a mesura que s'utilitzi)

El pacient vol entrar en un PMM

- 1. Sí
- 2. No

Si el terapeuta creu que sí, quin programa li assignaria?

- 1. Alt nivell
- 2. Mig nivell
- 3. Baix nivell
- 4. Personalitzat
- 5. No procedeix

Motiu d'inclusió PMM

- 1. Gestió
- 2. DDA
- 3. TIC
- 4. Alta patologia orgànica
- 5. Patologia psiquiàtrica
- 6. A petició del pacient
- 7. Fracàs altres tractam.
- 8. Desinibició
- 9. Tractat des d'un altre centre
- 10. Recidiva
- 11. HFV -
- 12. Pèrdua d'habilitació hosp.
- 13. Altres motius

Terapeuta responsable / Metge responsable

5. ANTECEDENTS

Antecedents malalties orgàniques

1. Sí
2. No
3. Desconegut

Assenyalen quines patologies orgàniques ha patit el pacient

- Congèites
 Al·lèrgies
 Infeccions de parts toves
 Malalties de transmissió sexual
 TBC
 Altres infeccions pleuro-pulmonars
 Infeccions osteoarticulars
 Infecció per HIV
 SIDA
 Cardíac
 Infeccions del sistema nerviós central
 Endocardi
 Hepatitis víria o icterícia
 Altres hepatopaties
 Altres patologies orgàniques (especifica-les)

Segueix control per alguna patologia orgànica?

- Sí
 No
- Quins: TBC
 Guaino TBC
 AZT
 DCI
 Profilaxi PCP
 Profilaxi toxoplàsm
 Antifúngics
 Altres
 Cap

El pacient diu que és:

1. VIH+
2. VIH-
3. Desconegut

Estat serològic objectiu enfront del VIH

1. Positiu
2. Negatiu amb anàlisi en els últims 6 mesos
3. Negatiu sense anàlisi en els últims 6 mesos
4. Negatiu sense saber la data de les anàlisis
5. Amb anàlisi realitzada però pendent del resultat
6. No s'ha realitzat anàlisi
7. Desconegut

A banda de les drogues, alguna vegada ha rebut tractament psiquiàtric?

1. Sí
2. No

Antecedents psicopatològics

1. Sí
2. No
3. Desconegut

Assenyalen quines psico-patologies

- Trastorn esquizoic
 Inestabilitat d'autòmatisme
 Altres trastorns psicòtics
 Trastorn psicòtic
 Trastorn depressiu
 Altres (especifica-les)

Antecedents de drogadicció en la família

1. Sí
2. No
3. Desconegut

Quins?

.....

.....

.....

6. ANAMNESI ORGÀNICA

Aparell genito-urinari

Té més de quatre parelles sexuals diferents (fem, hetero) al trimestre?

1. Sí
2. No
3. Desconegut

Té alteracions o excrecions o pruriterànies als conductes genitorians?

1. Sí
2. No
3. Desconegut

En cas de ser dona, pren anticonceptius orals?

1. Sí
2. No
3. Desconegut
4. No procedeix

Té parella sexual fixa?

1. Sí
2. No
3. Desconegut

En cas de que tingui parella sexual fixa és aquesta UDVP?

1. Sí
2. No
3. Desconegut
4. No procedeix

La parella sexual diu que és:

1. VIH+
2. VIH-
3. Desconegut
4. No procedeix

A banda de la seva parella, amb quantes persones diferents ha tingut relacions sexuals en el últim trimestre?

persones

Ha tingut relacions sexuals en els últims 30 dies?

1. Sí
2. No
3. Desconegut

Utilitza preservatiu en l'últim trimestre?

1. Sempre
2. Ocasionalment
3. Mai
4. Desconegut

Com diries que és la seva salut en general?

1. Molt bona
2. Bona
3. Regular
4. Dolenta
5. Molt dolenta

Diagnòstic (segons criteris OMS: ICD9)

Tipus de programa assignat

1. Programa lliure de drogues
2. Programa manteniment amb opoides alt risc
3. Programa manteniment amb opoides mitjà risc
4. Programa manteniment baix risc
5. Programa d'abstinència
6. Programa d'altres drogues

**Annex 3 “Characteristics of Heroin Addicts Entering
Methadone Maintenance Treatment: Quality of Life and
Gender”**

“Characteristics of Heroin Addicts Entering Methadone Maintenance Treatment: Quality of Life and Gender”

Autors: E. Puigdollers; A. Domingo-Salvany; M. T. Brugal; M. Torrens; J. Alvarós; C. Castillo; N. Magrí; S. Martín; J. M. Vázquez.

Aquest article pretén donar informació sobre les característiques dels pacients que iniciaren un PMM, fent especial èmfasi en aquelles relacionades amb la qualitat de vida relacionada amb la salut i el gènere.

Ha estat acceptat per a publicar-se a la revista: Substance Use and Misuse.

ABSTRACT

Study objective: To provide information on MMP patient's characteristics, particularly those related with Health Related Quality of Life (HRQoL) and gender.

Design: Cross-sectional study. Data were collected on socio-demographic, toxicological variables, HIV risk behaviours and HRQoL through the Nottingham Health Profile (NHP).

Patients and Setting: Over a 30-month period (1996-1999) Barcelona's Municipal Drug Care Centres recruited 586 patients.

Main results: Mean age of patients was 31 years, 70% were males and 25% were HIV-infected. Rates of unemployment, criminal records and low educational level were high. Most poly-drug abusers used cocaine. NHP mean score was related with poly-drug abuse, educational level and HIV status. Consistent condom use was related with HIV status. Females' route of administration was less likely to be injection, even though they were more frequently HIV-positive and had a poorer general health.

Conclusions: Patients QoL was poor. Nowadays harm reduction health strategies would need to face cocaine abuse, and sexual risk behaviours mainly among females and sexual partners.

Keywords: Heroin Dependence; Methadone; Treatment; Gender; Quality of Life.

INTRODUCTION

Spain has one of the highest rates of problematic opiate consumption in Europe (400 per 100,000 aged from 16 to 60 years) (1). Since 1992 Methadone Maintenance Programs (MMP) are part of the Spanish harm reduction strategies; methadone is the most widely used substitution drug and syringe exchange programmes, anti-Aids kits, user rooms or implementation of vaccination programmes are part of the official user harm reduction interventions.

As expected, most MMP patients are men aged between 25 and 40 years and may present problems that will require special support in several areas such as psychiatric disorders, poly-substance use, infections or legal issues. Moreover, environmental variables such societal norms and peer pressure could be particularly important in communities where educational levels are low and opportunities scarce. Thus, many MMP include an individual assessment about the need for adequate intervention if resources are available.

Harm reduction programs measure success in terms of individual and community well-being and not in relation to levels of drug use. That's why Health Related Quality of Life (HRQoL) is important as outcome measure. Tracking HRQoL in different populations can identify subgroups with poor physical or mental health and can help guide policies or interventions to improve population health (2). Measures of HRQoL, include domains such as physical health, psychological adjustment, and social aspects of functioning. These domains are especially relevant in drug dependence as an integral part of the disease process.

The present study aims to describe patients starting methadone maintenance treatment and their HRQoL with special reference to gender differences, risky patterns of drug use and sexual behaviours.

METHOD

This was a cross-sectional study, which interviewed 586 opiate-dependent (DSM-IV) patients from 590 potential candidates who consecutively entered a MMP for the first time in any of the Municipal Drug Care Centres in the city of Barcelona. These centres covered 85% of methadone treatments in Barcelona. The recruitment period was from 12/9/1996 until 23/4/1999.

The interviewer recorded details on socio-demographic variables, toxicological aspects and HIV risk behaviours within the first visit following the usual protocol. The interview included a question on general health (“Very Good”, “Good”, “Regular”, “Poor”, and “Very Poor”) used in Health Interview Surveys (3). HRQoL was self-reported through the Nottingham Health Profile (NHP) (4) (table 1). HIV serological status was obtained from subjects’ medical records.

Patients were considered as poly-drug abusers when they had been diagnosed by their doctor as dependent (DSM-IV criteria) on another drug, except nicotine. A patient that always used condoms was considered a “consistent user” of condoms.

Analyses were carried out using the SPSS package (5).

The institutional ethical committee approved the study.

SAMPLE

The mean age of participants was 31 years (SD 6.7), with 458 male (78%) and 128 female. Most patients lived with their family (72%). Many patients (77%)

had a low educational level (maximum primary school); 59% had not worked during the 6 months prior to the interview and 56% had a police record. Fewer females had a criminal record (43%) than males (59%) ($p < 0.05$), but the frequency of arrests was similar (Table 2).

RESULTS

The mean time since beginning heroin consumption was 10 years (SD 5.7). Most patients (81%) had received some previous addiction treatment. Although 51% reported having shared needles at some time, only 12% admitted doing so currently. Snorting had been the most common route of administration when their consumption began (58%), but at the moment of entering MMP it was injection (58%). Females used injection as their current heroin administration route less (45%) than males (61%) (table 3).

The proportion of HIV infected subjects was 25% (33% of females versus 23% of males ($p < 0.05$)). Forty four per cent of patients reported their general health as poor (55% of females versus 41% of males) (table 3). Among patients who had maintained sexual relations during the month prior to the interview ($n=338$), 142 (42%) reported making consistent use of condoms. When the patient could be the source of infection, they less often admitted making non-consistent use of condoms (22%); on the other hand, if it was the partner who was infected, non-consistent condom use was admitted more often (44%). Seventy-nine of the sexually active patients (24%) were HIV-infected. HIV positive or IDU partners were more frequent among women (table 3).

A valid NHP questionnaire was obtained from 563 (96%) patients. In the NHP (figure 1), dimensions referring to emotional reactions and sleep were the ones that scored highest (worst) while the lowest scores (best) were for pain and physical mobility dimensions. Comparing gender, only two dimensions were statistically significant (energy and sleep) however, as they went in opposite

directions, the global score did not differ. A statistically significant multiple linear regression with NHP global score as dependent variable, including gender, age and centre as adjusting variables, showed educational level, HIV-status and poly-drug abuse as significant independent variables (table 4).

Table 5 presents the results of the logistic regression with dependent variable “consistent condom use” explained in terms of patient HIV-serology and partner HIV status (adjusted for age, gender and centre). HIV infected subjects were 11 times more likely to report consistent condom use than those not infected. Having an injecting drug user as sexual partner, turned out not to be significant when introduced into the regression model.

DISCUSSION

Overall data from the study sample, in terms of socio-demographical and route of administration were similar to contemporary published data either from official publications or studies (6) (7). Among participants there were high rates of unemployment and having a criminal record, and a low educational level. With such characteristics, this would be a group with a high risk of illness and mortality related to social inequalities since, just as in the general population, subjects with no education showed the highest mortality in all age groups, with a very high relative risk among the youngest (8).

Differences in gender were observed in risky behaviour and health. Males were more likely to be injecting users; on the contrary, females were more exposed to risky sexual situations. Furthermore, women reported a poorer general health status and were more likely than men to be HIV-positive.

HRQoL was poor and, as in previous studies (9) (10) (11), it was worse for low educational level and for those with chronic diseases (HIV or poly-drug dependence). Global NHP score didn't differ between genders; this would be

inconsistent with previously reported higher rates of psychiatric co-morbidity among women (12) (13).

An important part (19%) of patients entering MMP for the first time were addicted to cocaine. This prevalence of cocaine consumption was very high compared with data referring to young people of the general population (lifetime consumption was around 8% (14)). Special attention to cocaine addiction is recommended in MMP, since higher prevalence of HIV risk behaviours (use of second-hand materials, multiple sexual partners) were seen among patients who consumed cocaine than among those who did not (15), and it has also been reported that there is a higher proportion of HIV infection among heroin addicts who are also cocaine consumers (16).

Forty two per cent of patients reported consistent condom use in the past month, this figure being in the upper range of those that had been reported among drug users (less than 20% (17) to 40% (18)). There is a certain amount of evidence indicating that the use of condoms is not considered positive among heroin addicts (19). Patients' consistent condom usage was closely related to HIV status, since overall, this was the determining factor. However, "social desirability" (20) might have biased the reported risk behaviours, since it was a health professional that directly questioned the patient on these matters. We assume that needle sharing and risky sexual behaviours (non-consistent condom usage) have been under-reported and accentuated even further by not using self-reported questionnaires in our study.

If we compare our data with previous results in Barcelona (17) some characteristics among subjects entering MMP (HIV, NHP, and general health) seemed to improve over time, but others, for example cocaine consumption, became worse. Comparing such data with earlier reports, there is evidence of an important decline in use of injection and shared needles (16). Because the phenomenon of drug abuse changes over time (21) (22) (23), it would be

difficult to generalize observed characteristics to patients currently initiating methadone. However, health risk behaviours and socio-economic inequalities still are important issues and probably will continue to be.

Our results show a poor HRQoL in patients entering MMP. Main goals of treatment are to enhance HRQoL and increase survival (not only the end of drug consumption), and many drug abusers are chronic and underprivileged patients; so an appropriate health system would probably help in reaching these goals and include multi-drug and self-management strategies, community and family support. Because of the importance of HIV transmission through the sharing of used syringes, sexual risk behaviours probably receive little attention, thus drug treatment agencies should make special emphasis addressing sexual risk behaviours of women and sexual partners (24). The data suggest the need of coordination of care providers and settings over time. Therefore it would be appropriate for future research to monitor and evaluate the quality of services and supporting health care providers.

ACKNOWLEDGMENTS

Our thanks to patients and to staff who made possible this study.

This study was partially supported by a grant from Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) 97/0033-01 and from Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica (CIRIT) 2001SGR00405.

REFERENCES

- (1) EMCCDA. *Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in European Union*: Luxemburg, 2000
- (2) Domingo-Salvany, A.;Pérez, K.;Torrens, M.;Bravo, M. J.;Antó, J. M.;Alonso, J. Methadone treatment in Spain, 1994. *Drug and Alcohol Dependence* **1999**, *56* 61-66.
- (3) Manzanera, R.;Torralba, L.;Brugal, M. T.;Armengol, R.;Solanes, P.;Villalbí, J. R. Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona. *Gaceta Sanitaria* **2000**, *14* 58-66.
- (4) Barrio, G.;De La Fuente, L.;Royuela, L.;Díaz, A.;Rodríguez-Artalejo, F.;Spanish Group for the Study on the route of administration of drugs Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health* **1998**, *52* 172-180.
- (5) De La Fuente, L.;Barrio, G.;Bravo, M. J.;Royuela, L. Heroin smoking by "chasing the dragon": its evolution in Spain. *Addiction* **1998**, *93* (3), 444-446.
- (6) Saxon, A. J.;Calsyn, D. A.;Jackson, T. R. Longitudinal changes in injection behaviors in a cohort of injection drug users. *Addiction* **1994**, *89* (2), 191-202.
- (7) Chatham, L. R.;Hiller, M. L.;Rowan-Szal, G. A.;Joe, G. W.;Simpson, D. D. Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Subst. Use. Misuse.* **1999**, *34* (8), 1137-1165.
- (8) Bell, J. Quality improvement for methadone maintenance treatment. *Subst. Use. Misuse.* **2000**, *35* (12-14), 1735-1756.
- (9) Ward, J.;Hall, W.;Mattick, R. P. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *The Lancet* **1999**, *353*, 221-226.
- (10) Ward J, Mattick RP, Hall W. *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*, Harwood Academic Publishers: Amsterdam, 1998.
- (11) Ruigomez, A.;Alonso, J.;Anto, J. M. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. [Perceived health and functional capacity of a non-institutionalized elderly population in Barcelona]. *Gaceta Sanitaria* **1991**, *5*, 117-124.

- (12) Alonso, J.;Prieto, L.;Antó, J. M. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research* **1994**, *3*, 385-393.
- (13) Ferrer, M.;Alonso, J.;Morera, J.;Marrades, R. M.;Khalaf, A.;Aguar, M. C.;Plaza, V.;Prieto, L.;Anto, J. M. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Annals of Internal Medicine*. **1997**, *127* (12), 1072-1079.
- (14) Torrens, M.;San, L.;Martinez, A.;Castillo, C.;Domingo-Salvany, A.;Alonso, J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* **1997**, *92* (6), 707-716.
- (15) Torrens, M.;Domingo-Salvany, A.;Alonso, J.;Castillo, C.;San, L. Methadone and quality of life. *Lancet* **1999**, *353* (9158), 1101.-
- (16) SPSS Inc. *SPSS 9.0 Manual del usuario*, Chicago, USA, 1999.
- (17) Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Direcció General de Drogodependències i Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya Atenció a les drogodependències a Catalunya, 1998. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* **1999**, *XX*, 159-166.
- (18) Borrell, C.;Regidor, E.;Arias, L. C.;Navarro, P.;Puigpinos, R.;Dominguez, V.;Plasencia, A. Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities. *International Journal of Epidemiology* **1999**, *28* (1), 58-63.
- (19) De La Fuente, L.;Barrio, G.;Royuela, L.;Bravo, M. J.;Spanish Group for the Study of the route of heroin administration The transition from injecting to smoking heroin in three spanish cities. Implications for control of the HIV epidemic. *Addiction* **1997**, *92*, 1749-1763.
- (20) Barrio, G.;de la, F. L.;Lew, C.;Royuela, L.;Bravo, M. J.;Torrens, M. Differences in severity of heroin dependence by route of administration: the importance of length of heroin use. *Drug and Alcohol Dependence* **2001**, *63* (2), 169-177.
- (21) Brugal, M. T.;Barrio, G.;De, L. F.;Regidor, E.;Royuela, L.;Suelves, J. M. Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction* **2002**, *97* (3), 319-327.
- (22) Plan Nacional Sobre Drogas. Informe Sobre la Situación de la Cocaína en España **2001**. <http://www.mir.es/pnd/observa/html/consumo.htm> (accessed July,2002).

- (23) Joseph, H.;Stancliff, S.;Langrod, J. Methadone maintenance treatment (MMT): A review of historical and clinical issues [In Process Citation]. Mt. Sinai J. Med. **2000**, *67* (5-6), 347-364.
- (24) Magura, S.;Nwakeze, P. C.;Demskey, S. Y. Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction* **1998**, *93* (1), 51-60.
- (25) Torrens, M.;San, L.;Peri, J. M.;Olle, J. M. Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug and Alcohol Dependence* **1991**, *27*, 29-34.
- (26) Booth, R. E.;Watters, J. K.;Chitwood, D. D. HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *American Journal of Public Health* **1993**, *83* (8), 1144-1148.
- (27) Sherman, S. G.;Latkin, C. A. Intimate relationship characteristics associated with condom use among drug users and their sex partners: a multilevel analysis. *Drug Alcohol Depend.* **2001**, *64* (1), 97-104.
- (28) Des Jarlais, D. C.;Paone, D.;Milliken, J.;Turner, C. F.;Miller, H.;Gribble, J.;Shi, Q.;Hagan, H.;Friedman, S. R. Audio-computer interviewing to measure risk behaviour for HIV among injecting drug users: a quasi-randomised trial [see comments]. *The Lancet* **1999**, *353* (9165), 1657-1661.
- (29) Albertin-Carbo, P.;Domingo-Salvany, A.;Hartnoll, R. L. Psychosocial considerations for the prevention of HIV infection in injecting drug users. *Qualitative Health Research* **2001**, *11* (1), 26-39.
- (30) White, D.;Phillips, K.;Mulleady, G.;Cupitt, C. Sexual issues and condom use among injecting drug users. *AIDS Care* **1993**, *5* (4), 427-437.
- (31) UNAIDS, WHO. *AIDS epidemic update: Geneva, 2001*
- (32) Badia Llach, X.;Herdman, M.;Schiaffino, A. Determining correspondence between scores on the EQ-5D "thermometer" and a 5-point categorical rating scale. *Medical Care* **1999**, *37* (7), 671-677.
- (33) Orfila, F.;Ferrer, M.;Lamarca, R.;Alonso, J. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *Journal of Clinical Epidemiology* **2000**, *53* (6), 563-570.
- (34) Ryan, C. F.;White, J. M. Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction* **1996**, *91*, 39-45.
- (35) Alonso, J.;Anto, J. M.;Moreno, C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health* **1990**, *80*, 704-708.

(36) Brooner, R. K.;King, V. L.;Kidorf, M.;Schmidt, C. W.;Bigelow, G. E. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry* **1997**, *54*, 71-80.

TABLE 1

Study measurements

Name	Type	Dimensions	Number of items (example)	Skills/abilities	Average time needed to respond	Advantages
Nottingham Health Profile (NHP)	Quality of Life self-reported questionnaire	Energy	3 items "The days seem to drag"			Easy to respond (yes or not), self-reported
		Pain	8 items "I have pain at night"			
		Emotional Reactions	9 items "Worry is keeping me awake at night"			
		Sleep	5 items "I take tablets to help me sleep"	Reading skills	5-10 minutes	
		Social Isolation	5 items "I'm finding it hard to get on with people"			
		Physical mobility	8 items "I can only walk about indoors"			
		Scoring range 0 (distress absence)-100 (maximum distress)				
Semi-structured Interview	Socio demographic, health and behavioural data	-	-	-	40 min.	-
	General Health Question	-	In general, would you say your health is? (Very good, good, regular, poor, very poor)	-	1 min.	Easy to respond (one choice)

TABLE 2

Socio-demographic characteristics of patients entering MMP* according to gender

		Males (n=458) mean (SD)*	Females (n=128) mean (SD)	Total (n=586) mean (SD)
Age (years)		31.3 (7.0)	30.4 (5.6)	31.1 (6.70)
		n (%)	n (%)	n (%)
Living	Alone	49 (10.8)	9 (7.1)	58 (10.0)
	With the family	338 (74.6)	80 (63.0)	418 (72.1)
	With his/ her partner	42 (9.3)	29 (22.8)	71 (12.2)
	Others	24 (5.3)	8 (6.3)	32 (11.6)
Educational level	Illiterates	7 (1.5)	1 (0.8)	8 (1.4)
	Primary school or lower	349 (76.2)	93 (73.2)	444 (75.6)
	High school or more	101 (22.0)	33 (26.0)	134 (22.9)
Employment status (Last 6 months)	Unemployed	257 (56.4)	89 (70.1)	346 (59.3)
	Partially Unemployed	81 (17.8)	17 (13.4)	98 (16.8)
	Employed	118 (25.9)	21 (16.5)	139 (23.8)
Had police record		269 (59.0)	54 (42.5)	323 (55.4) †
Had been arrested (previous 6 months)		74 (16.4)	23 (18.5)	97 (17.0)

* MMP: Methadone Maintenance Program; SD: Standard Deviation

† χ^2 test, $p < 0.05$

TABLE 3

Toxicological, behavioural and health characteristics of patients entering MMP* according to gender

	Males (n=458) mean (SD)*	Females (n=128) mean (SD)	Total (n=586) mean (SD)
Years of heroin use	10.4 (5.8)	9.4 (5.3)	10.2 (5.7)
	n (%)	n (%)	n (%)
Previous treatment ever	368 (81.4)	101 (79.5)	469 (81.0)
Initial route of heroin use			
Smoke	66 (14.5)	22 (17.2)	88 (15.1)
Snort	258 (57.0)	79 (61.7)	338 (58.0)
Inject	122 (26.9)	27 (21.1)	149 (25.6)
Current route of heroin use			
Smoke	56 (12.3)	18 (14.1)	74 (12.7)
Snort	110 (24.3)	52 (40.6)	162 (27.9) †
Inject	277 (61.1)	58 (45.3)	335 (57.7)
History of sharing injection needles	173 (50.1)	46 (52.3)	219 (50.6)
Currently sharing injection needles (last 30 days)	19 (11.9)	5 (10.9)	24 (11.7)
Poly drug abuser	166 (36.1)	45 (35.2)	211 (35.9)
Cocaine abuser	86 (18.7)	28 (21.9)	114 (19.4)
Sexual Partner IDU*	41 (19.7)	39 (45.9)	80 (27.3) †
Sexual Partner HIV +	21 (12.4)	17 (21.5)	38 (15.3) †
HIV +	100 (22.7)	41 (32.5)	141 (24.9) †
Poor General Health Status	188 (41.3)	70 (54.7)	257 (44.2) †

*MMP: Methadone Maintenance Program; SD: Standard Deviation; IDU: Injecting Drug User

† χ^2 test, $p \leq 0.05$

TABLE 4

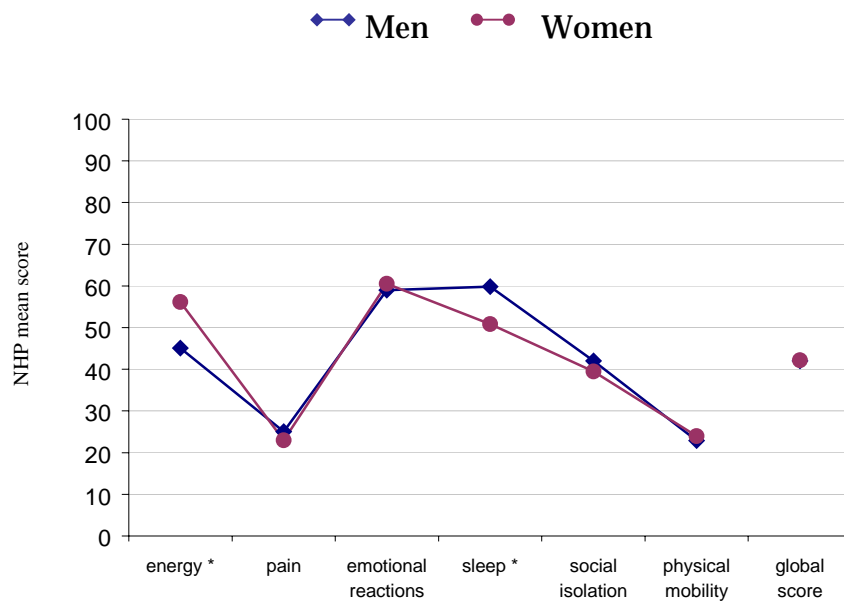
Linear regression model. Global Score of Nottingham Health Profile adjusted for age, gender, centre, education level, HIV, poly drug abuse

	B	SD	T	p-value
Constant	40.32	5.39	7.48	.000
Age	.13	.15	.86	.393
Gender	1.47	2.50	.59	.557
Centre				
B	-12.28	3.29	-3.73	.000
C	-.937	3.39	-.276	.782
D	-3.62	3.33	-1.08	.278
E	-5.03	3.37	-1.49	.136
HIV	6.69	2.4	2.79	.006
Educational level	-7.38	2.49	-2.96	.003
Poly drug abuse	4.98	2.26	2.20	.028

Adjusted R² = .065

FIGURE 1.

Nottingham Health Profile Mean Scores by Gender. Asterisks indicate a between-group significant difference using Mann-Whitney U.



* p<0.05

**Annex 4 “Programas de Mantenimiento de Metadona con
Servicios Auxiliares: un Estudio de Coste-Efectividad”**

“Programas de Mantenimiento de Metadona con Servicios Auxiliares: un Estudio de Coste-Efectividad”

Autors: E. Puigdollers; F. Cots; M. T. Brugal; Ll. Torralba; A. Domingo-Salvany

Aquest article pretén valorar el cost-efectivitat de tres PMM que oferien diferents serveis auxiliars, tot usant com a mesura de l'efectivitat l'increment de la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Article publicat a: Gaceta Sanitaria (2003); 17 (2); 123-130.

Resumen

Objetivo: Actualmente los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) son la mejor alternativa de tratamiento para los adictos a opiáceos.

Se pretende valorar el coste-efectividad de tres PMM que ofrecían diferentes servicios auxiliares utilizando como medida de efectividad el incremento de la Calidad de Vida.

Métodos: Estudio de seguimiento a 12 meses de 586 pacientes que iniciaron tratamiento con metadona en los Centros de Atención y Seguimiento Municipales de Barcelona. Para medir la evolución de la Calidad de Vida se utilizó el Perfil de Salud de Nottingham (PSN). Se calcularon los costes unitarios estándar y el coste total por paciente a partir de los registros de actividad. Los datos socio-demográficos, de salud y toxicológicos se obtuvieron a través de una entrevista semi-estructurada. El análisis coste-efectividad se realizó mediante dos modelos multivariados con idénticas variables de ajuste.

Resultados: A mayor intensidad de programa, mayor coste. Los modelos ajustados detectaron un aumento significativo de la Calidad de Vida (mejora de un 8% en el PSN) y de los costes (17%) entre el programa de intensidad baja y el de intensidad media.

Conclusiones: El programa de media intensidad mostró la mejor relación coste-efectividad, pero dadas las limitaciones del estudio es difícil ser taxativo en la generalización de sus resultados.

Palabras clave (5-10): Programas de Mantenimiento con Metadona. Coste-Efectividad. Calidad de Vida. Política Sanitaria. Heroína.

Introducción

Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) son la mejor alternativa de tratamiento de los adictos a opiáceos de que se dispone en la actualidad: otras formas de tratamiento atraen y retienen menos pacientes y, además, no producen resultados mejores en quienes finalizan el tratamiento, comportando un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad para los usuarios, y unos costes sociales y económicos elevados a la comunidad. Aunque estudios precedentes indican que los tratamientos con metadona tienen una ratio coste-beneficio importante desde el punto de vista social (1), existe evidencia de diferencias entre diferentes PMM en cuanto a la efectividad entendida como la capacidad de retención de los pacientes en el programa, disminución de la morbilidad y mortalidad, reducción de criminalidad y de consumo de drogas(2),(3). Cuando se analizan las características que predicen dichas variaciones generalmente se refuerza el modelo propuesto inicialmente por Dole y Nyswander en el sentido que los programas orientados al mantenimiento, que ofrecen dosis suficientemente altas y con servicios auxiliares son los que obtienen mejores resultados (1), (4). Sin embargo existen datos contradictorios, por ejemplo, tomando como criterio la abstinencia de heroína, al año de seguimiento, resultaron más coste-efectivos los programas de intensidad moderada(5). Otros factores que se han relacionado con una mayor capacidad de retención de los pacientes son la existencia de profesionales especializados implicados en el diagnóstico y plan de tratamiento(6) y también se ha observado que la efectividad puede depender del momento en que los servicios auxiliares se ofrecen: servicios ofrecidos al inicio de un episodio de tratamiento pueden ser especialmente coste-efectivos pero, en cambio, servicios ofrecidos demasiado tarde pueden no serlo(6).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es especialmente adecuada como medida resultado en pacientes con trastornos crónicos (7)(8). Y

medida con instrumentos diversos, entre ellos el PSN, ha sido utilizada en estudios previos para valorar la evolución de los adictos a opiáceos, que pueden considerarse enfermos crónicos(9;10).

El objetivo del presente estudio es valorar el coste-efectividad de tres programas de tratamiento con ofertas en servicios auxiliares diferentes, utilizando como medida de efectividad el incremento de la CVRS.

Métodos

Estudio de seguimiento a un año de 586 pacientes que iniciaban por primera vez un Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). El estudio se realizó en los cinco Centros de Atención y Seguimiento (CAS) municipales de Barcelona que, en 1996, cubrían el 85% de los tratamientos con metadona ofertados en la ciudad.

Los PMM eran de baja exigencia para el paciente (sin límite de tiempo ni dosis de metadona y sin penalización por consumo ilegal). Los tres programas consistían en: administrar metadona diariamente y control médico de posibles patologías orgánicas (programa de baja intensidad); el de intensidad media incluía además soporte socio-educativo: elaboración de una historia social, información y orientación de recursos de reinserción, económicos y judiciales, talleres educativos, coordinación con las Unidades de Atención Primaria Social; y el de alta intensidad añadía el soporte psicoterapéutico: terapia educacional – prevención de recaídas, entrenamiento en estrategias de afrontamiento para facilitar el cambio de hábitos-, detección de psicopatología y tratamiento psicopatológico o, en caso necesario, derivación del paciente.

La asignación a los distintos programas se hizo estratificada por centro. La dirección del centro asignó a los pacientes consecutivamente al programa de tratamiento con más servicios auxiliares disponible. En el momento de

incorporarse al PMM se informó de ello a los pacientes y se planificó con cada uno el tratamiento por objetivos, formalizándose este proceso por escrito en un contrato terapéutico (consentimiento informado).

Los datos sociodemográficos, de salud y toxicológicos fueron extraídos de la entrevista que se utiliza en la acogida del paciente en todos los CAS. Las evaluaciones se realizaron antes de iniciar tratamiento, al mes, a los seis meses y al año, los últimos con una versión abreviada de la entrevista. El nivel educativo se consideró alto cuando los pacientes habían recibido, además de la educación obligatoria, otra formación reglada (Formación Profesional, Bachillerato Unificado Polivalente, Diplomaturas, Licenciaturas etc.) y básico en el resto de casos. El estado serológico al VIH se obtuvo posteriormente del historial médico. Se determinó que el sujeto era politoxicómano en aquellos casos en los que el paciente era diagnosticado por su médico como dependiente, según criterios diagnósticos DSM IV ⁽¹¹⁾, de otra droga (con excepción de la nicotina).

Para la medida de la CVRS se usó la versión española del Perfil de Salud de Nottingham (PSN)⁽¹²⁾ que tiene un rango de puntuaciones desde 0 a 100, donde 0 es la puntuación que refleja el mejor estado de salud posible y 100 el peor posible. El cuestionario fue autoadministrado.

Como variable resultado se utilizó la diferencia entre la puntuación antes de iniciar el tratamiento y la puntuación un mes después de haberlo iniciado. Con ello, se pretendía evitar por un lado, la pérdida de datos debidos a los abandonos y por otro sabíamos que las mejoras en CVRS en pacientes que habían seguido un PMM de alta intensidad (con servicios auxiliares sociales y psicológicos) eran particularmente evidentes en el primer mes de tratamiento, y que dicha mejoría seguía, sin cambios significativos, en aquellos pacientes que continuaban en tratamiento a lo largo de un año⁽¹⁰⁾. Esperábamos que las

mejoras en el programa de baja y media intensidad no superaran a las obtenidas en el de alta intensidad ni al año ni al mes de tratamiento.

El coste de los programas

Se construyeron dos tipos de costes unitarios distintos dependiendo de si se contabilizaba el efecto subactividad (Coste unitario directo por minuto de actividad ajustado por productividad) o bien se reconocía solamente el coste directo de cada actividad sin ajustar por productividad de los distintos centros (Coste unitario directo por minuto contratado). Para obtener el primero de ellos, sobre la base del registro de la actividad (tabla 1) y el coste por concepto para 1998 de los centros estudiados (tabla 2), se calcularon los costes directos por minuto de cada actividad y profesional. Para ello se convirtió la actividad del año 1998 registrada en actos, en minutos de actividad mediante valores estandarizados de la duración de cada tipología de acto registrado(13). Los minutos de actividad se asignaron a cada grupo de profesionales según su participación en cada tipología de actividad (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares de clínica, asistentes sociales, educadores y monitores) (Figura 1[1]). El coste total de estos profesionales en el período 1998 se dividió por los minutos de actividad asignados a cada grupo, para obtener el Coste Unitario Directo por Minuto de Actividad Ajustado por Productividad (Figura 1[2]).

El *Coste unitario directo por minuto contratado* se calculó dividiendo el coste de 1998 de cada categoría profesional por los minutos contratados de cada una de ellas independientemente del factor productividad (Figura 1[3]).

El resto de costes no relacionados directamente con la actividad realizada (resto de personal y otros gastos) se consideraron indirectos y el coste unitario indirecto fue construido dividiendo el conjunto de estos costes indirectos por los minutos totales asistenciales directos. La tabla 2 resume el conjunto de

partidas, su consideración de directo e indirecto y su relación con el tipo de actividad realizada.

El *coste total por programa* fue la suma del coste incurrido por cada uno de los pacientes asignados a dicho programa. Usando los valores resultantes de la utilización de costes unitarios ajustados por productividad se pudo valorar el coste real medio de cada programa. La valoración de costes realizada mediante el uso de costes unitarios no ajustados por productividad permitieron comparar el coste entre programas sin que el nivel de productividad entre centros o bien entre profesionales influyera en la comparación de costes entre programas.

Análisis estadísticos

Los datos se analizaron según la intención de tratamiento, excepto en los casos en los que explícitamente hubo un cambio de programa (n=5), que fueron considerados bajas.

Se analizaron las diferencias del incremento en CVRS y de coste entre los tres programas mediante un contraste T de medias. Para controlar por posibles diferencias en las características basales de los pacientes entre grupos se construyeron sendas regresiones lineales múltiples, ajustadas por mínimos cuadrados ordinarios, en que las diferencias individuales de las variables dependientes *Incremento del Nivel de CVRS* y el *Coste Total por Paciente* se explicaban por la pertenencia a cada uno de los programas. Las variables de ajuste del modelo fueron el nivel de CVRS al inicio del estudio, la edad, el género, el nivel educativo, el HIV, los años de consumo, el policonsumo y el centro. Se transformaron logarítmicamente todas las variables continuas, de manera que se pudiera establecer una relación porcentual entre las variaciones marginales en la variable explicativa y la variable dependiente.

Los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS-PC⁽¹⁴⁾.

Resultados

Participaron 458 varones (78%) y 128 mujeres. La edad media de los participantes era de 31 años (DE 6,7). El 77% (n=452) de los pacientes tenían un nivel de educación básico; el 56% (n=325) tenían antecedentes legales y el 59% (n=346) no habían trabajado durante los 6 meses anteriores a la entrevista. En el momento de iniciar el PMM los pacientes presentaban una antigüedad media en el consumo de heroína de 10 años (DE 5,7). En cuanto a la forma de consumo la vía más utilizada era la inyectada (58,5%). El 36% (n=211) de los pacientes eran poli toxicómanos, de los cuales 114 sujetos eran dependientes de la cocaína, que resultó ser la principal droga secundaria. No existieron diferencias basales en cuanto a género, nivel educativo, años de consumo, ni VIH entre las diferentes intensidades de PMM, pero el grupo asignado a la intensidad de tratamiento alta tenía una proporción mayor de politoxicómanos y desempleados (tabla 3).

Antes de finalizar el mes se perdieron 41 pacientes (7%); completaron un mes sin llegar a 6 meses 98 (17%); completaron 6 meses, sin llegar al año 66 (11%) y, finalmente, 381 pacientes (65%) completaron el año de seguimiento. Durante el tiempo de seguimiento no se pudo discriminar un nivel de retención diferente y significativo según el tipo de programa. Las bajas (n=187, (32%)) se distribuyeron homogéneamente entre programas, entre ellas cabe destacar tres defunciones. El motivo más frecuente de baja fue debido a los pacientes que dejaron de acudir al centro (n= 171 (29%)).

En el análisis bivariado, no se detectaron diferencias significativas entre programas en las puntuaciones basales medias por dimensión del PSN (Figura 2). La puntuación media global fue de 42,1 puntos (Intervalo de Confianza 95% (IC95%) 40,0-44,1). Y según programa: en el de alta intensidad: 42,9 (IC95% 39,5-46,3); media intensidad: 42,4 (IC95% 38,8-46,1); baja intensidad: 40,8

(IC95% 37,0-44,6). Después de un mes, las puntuaciones obtenidas en todas las dimensiones en los tres grupos habían disminuido significativamente (Figura 2), siendo las medias para la puntuación global: alta intensidad: 23,1 (IC95% 20,0-26,3); media intensidad: 22,6 (IC95% 19,4-25,9); baja intensidad: 25,5 (IC95% 21,9-29,1). Había mejorado el nivel de CVRS, sin que se observaran diferencias según el programa de tratamiento.

El coste total imputado a los distintos pacientes ascendió a 352.797,42 € . La media de coste por paciente fue de 602,04 € (rango: 524,77 € - 668,91 €). El paso del programa de baja intensidad al programa de alta intensidad terapéutica supuso un incremento del 27,5% del coste final por paciente. El coste fue menor cuanto menor fue la intensidad del programa. El coste directo y también el indirecto presentaron diferencias significativas entre el programa de baja intensidad con respecto al resto de los programas, para todos los tipos de coste. Entre los programas de intensidad alta o media no se detectaron diferencias significativas en cuanto a coste (Tabla 4).

La valoración según costes unitarios no ajustados por productividad reflejó costes directos un 30% menores a los correspondientes a la valoración que incluía el ajuste por productividad (datos no mostrados).

En el análisis coste-efectividad se encontraron diferencias significativas según programa para las variables incremento de la CVRS y costes, en sendos modelos ajustados. La variación entre el programa de intensidad baja y el de intensidad media se cifró en un incremento porcentual del nivel de CVRS del 8% y del coste del 17%. Entre el programa de intensidad baja y el de intensidad alta no hubo mejora significativa del nivel de CVRS, mientras que el incremento de coste fue del 18%. El modelo de Coste Total por Paciente explicó el 37% de la variabilidad, mientras que la R^2 para el modelo de Incremento del Nivel de CVRS ascendió al 23% (Tabla 5). Las variables de ajuste significativas en ambos modelos fueron el abandono del programa, el género y los años de consumo. El

nivel de CVRS al inicio y el nivel de instrucción resultaron significativos con signo positivo respecto de la variación al mes del nivel de CVRS, mientras que los distintos centros representaron diferencias significativas en relación al coste total por paciente.

Discusión

El estudio, en el que se valora el coste-efectividad de servicios auxiliares en los PMM, es el primero en España y utiliza como medida de resultado la CVRS.

Los resultados del estudio y la evidencia previa⁽¹⁰⁾ indican que los programas de mantenimiento con metadona son efectivos ya que la CVRS mejora sustancialmente en los distintos programas analizados. Sin embargo, un incremento de costes no implicó en todos los casos un incremento significativo en la CVRS. Tal y como se esperaba la variabilidad explicada por el modelo no es demasiado amplia, de todos modos permite comparar el efecto de la asignación a un programa u otro en los costes y en la CVRS. El mayor incremento en CVRS se observó en el grupo de media intensidad, que tenía asignados servicios sociales, pudiéndose interpretar que el programa de intensidad media es el más coste-efectivo, lo que concordaría con el estudio de Kraft⁽⁵⁾. Sin embargo, si se analizan detenidamente los datos la interpretación del resultado no puede ser tan lineal, pues existen limitaciones del estudio a considerar.

En primer lugar, los abandonos, y la falta de adherencia a los componentes del tratamiento son un handicap importante de los tratamientos de las drogodependencias. La mayoría de los pacientes del estudio no realizaron las visitas que les correspondían según el programa, pero sólo cinco pacientes fueron considerados abandonos por cambio de programa. A priori, las intervenciones con menos componentes podían resultar las más atractivas para los pacientes ya que la intrusión de los tratamientos en la vida diaria es mínima

e implican menor esfuerzo por parte del paciente, que en muchos casos ni siquiera tiene conciencia de la necesidad de los servicios que se le ofrecen. Sin embargo, el número de visitas a los especialistas, y por tanto los costes, indican que entre los programas de media y alta intensidad no había diferencias importantes. Probablemente las propias características de los participantes, y las dinámicas de atención y tratamiento en los CAS han sido determinantes. Según datos no mostrados, los pacientes asignados al programa de mayor intensidad prácticamente no visitaron al asistente social, aunque sí que realizaron mayor número de visitas de tipo psicológico y aquellos asignados al de intensidad baja utilizaron los recursos sociales prácticamente en igual medida que los del programa de media intensidad. Dado que las diferencias significativas se encuentran entre estos dos últimos, nos cuestionamos la adecuación del registro de actividad para la valoración de la efectividad de los servicios ofrecidos, ya que probablemente el contenido de la actividad fuera diferente para cada grupo. Además, el análisis por intención de tratamiento, debido a la poca adherencia generalizada, probablemente haya subestimado la efectividad en los programas de mayor intensidad. Esta puede ser otra de las posibles razones por la que el grupo de “mayor intensidad teórica” no fuera el que se beneficiara de un mayor incremento en la CVRS.

En segundo lugar, nos preguntamos si la evolución al mes de la CVRS es suficientemente sensible a las intervenciones auxiliares realizadas. Evaluar intervenciones de tipo psicológico (prevención de recaídas, promoción de habilidades interpersonales, etc.) parece requerir medidas a largo plazo, ya que requieren de un tiempo en el que la persona pueda aplicar y experimentar, en su vida cotidiana, lo aprendido en las sesiones de tratamiento. Es necesario un tiempo suficiente para “el ensayo y error”, para que se den recaídas y para integrar los aprendizajes en general⁽¹⁶⁾. De todos modos el PSN se ha demostrado sensible y válido en la evaluación de pacientes en PMM⁽¹⁵⁾ y, en el seguimiento ha sido capaz de discriminar entre distintos programas de intervención. Por otra parte, la utilización de la variación mensual quedaría

justificada dado que los cambios en el PSN al mes de tratamiento se mantienen al cabo de un año⁽¹⁰⁾, y que al mes de seguimiento había 545 pacientes (93% de los que iniciaron tratamiento), mientras que al año quedaban 381. Al año de tratamiento la potencia estadística para permitir comparar programas no sería suficiente, debido a las bajas. Probablemente las primeras visitas a los especialistas de los CAS y la mejora en la CVRS debida a la medicación, sean decisivas para el éxito del tratamiento. Tal como se ha comentado en el párrafo anterior la no adherencia y los abandonos son la principal fuente de fracaso de los tratamientos a pacientes adictos a sustancias, y el primer mes de tratamiento puede ser decisivo para que las expectativas del paciente en cuanto al resultado aumenten, y puedan ser decisivas al garantizar, o no, una adherencia suficiente. Probablemente la medida al mes es sensible a este fenómeno y por ello los resultados al año sean similares. De todos modos la evolución en la CVRS al mes, espectacular, y probablemente atribuible en su mayor parte al efecto de la metadona, puede haber dificultado que las diferencias entre programas quedaran suficientemente reflejadas en este instrumento.

Según los datos mostrados el programa de media intensidad en el contexto en el que se realizó el estudio resultó ser el más coste efectivo, pero dadas las limitaciones del estudio es difícil ser taxativo en la generalización de sus resultados. Una vez más se evidencia que los estudios realizados en contextos naturales, o lo que es lo mismo, los estudios de efectividad, no obtienen los mismos resultados que los estudios de eficacia, que se realizan en contextos controlados con suficientes recursos y pacientes seleccionados.

Agradecimientos

A los profesionales de los CAS: Joan Alvarós, Claudio Castillo, Conchita Fos, Àngels Guiteras, Núria Magrí, Sílvia Martín, José Muriel, Josep Maria Vázquez, entre otros, y a los pacientes que hicieron posible este estudio.

Estudio parcialmente financiado por una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) 97/0033-01 y por la Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica (CIRIT) 1997SGR00359/ 1999SGR00240.

Bibliografía

- (1) Ward J, Mattick RP, Hall W. Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998.
- (2) Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1998; 93(4):515-532.
- (3) Fernandez Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin (Barc)* 2001; 116(4):150-154.
- (4) Mclellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993; 269, no. 15:1953-1959.
- (5) Kraft MK, Rothbard AB, Hadley TR, Mclellan AT, Asch DA. Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective? *Am J Psychiatry* 1997; 154:1214-1219.
- (6) Barnett PG, Hui SS. The cost-effectiveness of methadone maintenance. *Mt Sinai J Med* 2000; 67(5-6):365-374.
- (7) Dedhiya S, Xiaodong S. Quality of Life: an overview of the concept and measures. *Pharmacy World & Science* 1995; 17 (5): 141-147.
- (8) Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguar MC et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. The Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Study Group. *Annals of Internal Medicine* 1997; 127(12):1072-1079.
- (9) Ryan CF, White JM. Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction* 1996; 91:39-45.

- (10) Torrens M, San L, Martinez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* 1997; 92(6):707-716.
- (11) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A., 1995.
- (12) Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research* 1994; 3:385-393.
- (13) Manzanera R, Villalbí JR, Torralba L, Solanes P. Planificación y evaluación de la atención ambulatoria a las drogodependencias. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:135-142.
- (14) SPSS Inc. SPSS 9.0 Manual del usuario. Chicago, USA: 1999.
- (15) Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353(9158):1101.
- (16) Klingemann H. "To every thing there is a season"- social time and clock time in addiction treatment. *Social Science & Medicine* 2000; 51:1231-1240.

Tabla 1. Actividad de los centros de atención y seguimiento de drogodependencias. 1998.

	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5	Total	Tiempo estándar minutos ^(a)	Tiempo total minutos
Primera visita	838	718	962	434	234	3.186	45	143.370
Coordinación y acogida	1.940	1.648	1.047	850	219	5.704	1	5.704
Visita de seguimiento médico	14.645	8.496	12.379	4.541	5.270	45.331	15	679.965
Visita de seguimiento terapéutico	2.490	3.976	6.054	3.682	3	16.205	25	405.125
Visita de seguimiento para trabajo social	2.723	3.454	3.584	3.273	816	13.850	30	415.508
Dispensación metadona	34.739	29.906	27.539	20.294	27.539	140.017	3	420.051
Grupos terapéuticos ^(b)	1.834	11.057	7.262	497	671	21.321	45	97.817
Visita de enfermería	2.136	11.877	11.171	3.266	12.954	41.404	5	207.020
Total	61.345	71.132	69.998	36.837	47.706	287.018	8	2.374.560

^(a) El tiempo estandarizado es el utilizado por la entidad financiadora y se basa en los tiempos establecidos en Manzanera,R. et al . (1996)

^(b) El tiempo asignado estándar es por grupo mientras que la actividad representa cada paciente (el ratio es 0,10195)

Tabla 2 . Costes de la actividad de los cinco centros el año 1998

Profesional	Coste contratado	por coste unitario real ajustado tipología y categoría por productividad ^(a, b) profesional (€)
Médico	237.740 €	0,41 €
Psicólogo	251.710 €	0,48 €
Enfermera	251.610 €	0,38 €
Auxiliar de clínica	55.580€	0,32 €
Educador	103.370€	0,63 €
Monitor	47.670 €	0,40€
Asistente social	136.380 €	0,48 €
Costes directos	1.084.050 €	
Costes indirectos ^(c)	676.230 €	0,27€
Costes totales	2.844.330 €	

^(a) Coste empresa total anual / minutos dedicados a la actividad recogida por los sistemas de información y valorada según estándares

^(b) El tiempo de profesional total es superior al tiempo de asistencia de paciente puesto que en ciertas actividades participan diversos profesionales

^(c) Incluye costes de personal no asistencial y resto de costes de explotación

Tabla 3. Características basales según programa de tratamiento

		Programa según intensidad terapéutica		
		Alta (n=200)	Media (n=200)	Baja (n=186)
Sociodemográficas				
Edad	Media (DS)	30 (6,5)	31 (6,3)	32 (7,2)
Hombres		75% (151)	79% (158)	80% (149)
Nivel educativo básico		75% (150)	79% (157)	77% (143)
Parado	(últimos 6 meses)	66% (132)	60% (118)	51% (94)*
Toxicológicas				
Años de consumo heroína	Media (DS)	10,4 (5,8)	10,5 (5,5)	9,6 (5,7)
Politoxicómanos		53% (106)	28% (56)	26% (49)*
Salud Orgánica				
Infectados por el VIH		29% (56)	24% (46)	22% (39)

* test χ^2 , $p \leq 0,05$

Tabla 4. Valoración de costes según programas (en €)

	Programas según intensidad terapéutica			Diferencias entre programas*		
	Alta (n=200)	Media (n=200)	Baja (n=186)	Alta-Media	Media-Baja	Alta-Baja
Costes directos						
Coste total	80.724,34	72.875,12	57.967,68			
Coste promedio	403,62	364,38	311,65	0,083	0,008	0,000
Desv. Est.	239,25	211,68	176,34			
Costes indirectos						
Coste total	53.057,35	48.532,93	39.639,99			
Coste promedio	265,29	242,66	213,12	0,127	0,027	0,000
Desv. Est.	155,75	139,35	120,03			
Costes totales						
Coste total	133.781,69	121.408,05	97.607,68			
Coste promedio	668,91	607,04	524,77	0,098	0,013	0,000
Desv. Est.	394,02	350,37	295,87			

*contraste t-medias (p)

Tabla 5. Relación del **Coste por Paciente** y el **Incremento del Nivel de Calidad de Vida** según programa mediante Regresión lineal múltiple ajustada por Mínimos Cuadráticos Ordinales

	Coste por Paciente				Incremento del Nivel de Calidad de Vida			
	Estimador	Desv. Est.	T	p-value	Estimador	Desv. Est.	T	p-value
Prog. de intensidad media	0,173	0,060	2,871	0,004	0,084	0,039	2,122	0,034
Prog. de intensidad alta	0,181	0,062	2,899	0,004	0,042	0,041	1,017	0,310
Años de consumo	-0,012	0,005	-2,187	0,029	-0,010	0,004	-2,741	0,006
Nivel de instrucción	0,032	0,022	1,497	0,135	0,045	0,014	3,087	0,002
Calidad de Vida al inicio (PSN)	0,001	0,001	1,402	0,161	0,008	0,001	11,508	0,000
			-					
Abandono	-0,880	0,053	16,707	0,000	-0,155	0,036	-4,281	0,000
Policonsumo	0,043	0,056	0,774	0,439	0,021	0,037	0,573	0,567
HIV	0,061	0,059	1,048	0,295	-0,017	0,038	-0,439	0,661
Centro B	0,072	0,079	0,908	0,364	-0,027	0,051	-0,522	0,602
Centro C	0,279	0,080	3,498	0,001	-0,022	0,054	-0,409	0,683
Centro D	0,156	0,078	1,983	0,048	-0,064	0,050	-1,280	0,201
Centro E	-0,158	0,075	-2,092	0,037	0,011	0,048	0,233	0,816
Género (1 femenino)	0,126	0,060	2,117	0,035	-0,080	0,038	-2,097	0,037
Edad	0,166	0,147	1,125	0,261	-0,008	0,099	-0,082	0,934
Constante	10,751	0,491	21,908	0,000	3,898	0,335	11,639	0,000

F	24,068	11,433
R ²	37,5%	23,4%

Figura 1. Cálculo del coste unitario según perfil de profesional

$$[1] \text{ Tiempo trabajado } 1998 \ i = \sum_{j=1}^n (\text{actividad } 1998 \ j * \text{Tiempo estándar } j)$$

$$[2] \text{ Coste por minuto ajustado por productividad} = \text{Coste total } 1998 \ i / \text{Tiempo trabajado } 1998 \ i$$

$$[3] \text{ Coste por minuto contratado} = \text{Coste total } 1998 \ i / \text{Tiempo contratado } 1998 \ i$$

donde i es el perfil de profesional y j es el tipo de actividad

Figura 2. Perfil de Salud de Nottingham según programa asignado al inicio y al mes de seguimiento

