

**Laura Castanedo Sancho
Selene Lozano Vigil**

**EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON
METADONA EN CATALUÑA**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Laura Ortega Sanz

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2020

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Marco teórico	5
Tipos de tratamiento	6
Consecuencias del consumo de heroína	7
Historia	8
El papel de enfermería en los PMM	9
Estado actual del tema	11
Objetivos	12
Metodología	12
Resultados	18
Discusión de los resultados	27
Conclusiones	34
Bibliografía	36
Anexos	39

Resumen

Los programas de mantenimiento con metadona son actualmente la estrategia más utilizada para el tratamiento de la adicción a la heroína a nivel mundial. Enfermería ejerce un papel fundamental en la atención y gestión de este programa, por lo que es necesaria una actualización constante tanto de los datos como de la situación sanitaria en torno a este tratamiento. Para tal objetivo se ha realizado un estudio de análisis descriptivo de los diferentes documentos institucionales del Ministerio de Sanidad y el Departament de Salut en la comunidad autónoma de Cataluña, estructurado en dos fases: una primera en la que se ha utilizado estadística descriptiva de los datos obtenidos de los PND y SIM para analizar la evolución de los PMM; y una segunda fase donde, mediante una revisión bibliográfica sistematizada, se han seleccionado una serie de artículos que tratasen cualquier aspecto relacionado con la atención en los pacientes en PMM y con el consumo de heroína, para comparar los datos y documentos analizados en la primera fase. Como resultados se obtuvo que los PMM han implicado a lo largo de los años una mejora tanto en la salud como en el bienestar de los consumidores. En relación a las conclusiones se destaca que el programa de mantenimiento con metadona ha supuesto una reducción significativa de la morbimortalidad y los casos de delincuencia asociados al consumo, además de mejorar la situación laboral y las relaciones sociales de los usuarios. Destacar la necesidad de seguir aportando mejoras dentro de los programas, consiguiendo que sea más individualizado y holístico, dado que el número de personas con adicción a heroína sigue siendo elevado y con consecuencias en muchas áreas de sus vidas. Por último, apuntar la idoneidad de que los profesionales se mantengan actualizados, con una perspectiva histórica a tener en cuenta, y que la formación de los profesionales sea lo más específica posible.

Palabras clave: programa, metadona, Cataluña, evolución.

Abstract

At present, methadone maintenance treatment (MMT) is the most commonly used strategy to treat heroin addiction globally, and nursing continues to take an active role in caring for these patients while managing MMT programs. Accordingly, an ongoing data updating and a health situation revision are paramount. In this regard, the purpose of this study, which has got two stages, is to perform a descriptive analysis of the different official documents issued by the Ministry of Health and the Department of Health of Catalonia. The first stage intends to analyze statistical data unearthed in the official documents to study the evolution of MMT programs and the second stage, which conducts a systemized literature review, inspects several articles covering issues about caring MMT patients and heroin use to later compare their findings to the official documents that were analyzed during the first stage. The conclusions of this study suggest that MMT programs have led to a generalized improvement of patients' health and welfare over the past few years. It also suggests that MMT has dramatically reduced morbimortality and drug-related criminality rates while improving the employment and the social relations of patients. This study also intends to highlight the need for further enhancement of MMT programs by making them more holistic and tailored, now that heroin use rates remain high, as well as the importance of specifically trained professionals in this matter.

Key words: program, methadone, Catalonia, evolution.

Introducción

Nuestro interés por el tema de las drogodependencias surgió tras cursar la asignatura curricular “Drogodependencias y otras adicciones” en el tercer curso de enfermería.

Quisimos enfocar nuestro proyecto en relación a este tema ya que el colectivo de personas con una adicción a las drogas es muy vulnerable y hay muchos estigmas al respecto.

Habitualmente cuando se lleva a cabo un tratamiento de deshabituación, lo que se busca es la abstinencia total de la sustancia; en cambio, cuando la sustancia es la heroína, existe un amplio abanico de aspectos dentro del tratamiento relacionado con la reducción de daños. Es por esto que nos llamó la atención y decidimos investigar al respecto.

Desde su introducción en España a finales de los años ochenta, el Programa de Mantenimiento con Metadona ha sido la principal estrategia terapéutica para la dependencia a la heroína, siendo una de las intervenciones en materia de drogodependencias más estudiada y desarrollada en todo el mundo (1).

El motivo por el que decidimos que fuera una investigación sobre la evolución del Programa Metadona es debido a que, tras realizar una búsqueda inicial, pudimos observar que son notables los cambios cuantitativos en relación a la disminución de enfermedades asociadas; el consumo de opiáceos ilegales; y un descenso de mortalidad por sobredosis de heroína. Actualmente, según el último informe anual sobre drogodependencias de Cataluña existen 1540 usuarios que han motivado el inicio de tratamiento debido a la adicción a la heroína, lo que corresponde al 11% de las personas con drogadicción registradas. Por lo que podemos observar que sigue siendo un tema de incidencia y prevalencia notable dentro del territorio catalán (2).

Marco teórico

La dimetilamino-6-4, heptanona-3, también conocida como metadona, es una sustancia blanca, cristalina y amarga, de origen sintético, que actúa como agonista opiáceo. Como sustancia opiácea, no está carente de efectos secundarios entre los que podemos destacar:

náuseas, vómitos, estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, diaforesis y depresión respiratoria (3)(1).

La metadona puede ser administrada por cualquiera de las vías enterales y parenterales; aunque su absorción gastrointestinal conlleva una mejor biodisponibilidad, se metaboliza en el hígado y se distribuye a todos los tejidos del organismo incluyendo la placenta. Debido a la forma en la que la metadona se fija en los tejidos y se disocia para volver al plasma sanguíneo, permite tener unas tasas sanguíneas estables, con una vida media plasmática de 13-55 horas, impidiendo así su acción brusca sobre el tejido nervioso, que se prolonga durante 24h con su pico máximo a las 2-4 horas desde la ingesta del fármaco (3) (4).

Cuando se administra de forma oral, el nivel sanguíneo de metadona nunca excede de 1 mg/ml, ni desciende por debajo de 0,1 mg/ml. Por lo que la concentración máxima está por debajo de efectos narcóticos, y la mínima supera el umbral de abstinencia. En cuanto a la dosis oral se refiere, cabe destacar que se va aumentando progresivamente hasta que se instala la tolerancia (3) (4).

Tipos de tratamiento

El tratamiento con metadona se da principalmente persiguiendo tres objetivos, la consecución de los cuales conlleva una dosificación y características de tratamiento distintos (5):

En primer lugar, se encuentra el tratamiento de desintoxicación. Este término responde a la eliminación del cuerpo de la sustancia, cualquiera que sea. En el caso del tratamiento de desintoxicación con metadona el concepto es algo distinto ya que se inicia un aumento gradual de la dosis de metadona en detrimento de la dosis de opiáceos, hasta lograr eliminar por completo el consumo de opiáceos. Posteriormente, se iría reduciendo la dosis de metadona, hasta conseguir la abstinencia de ambos compuestos/sustancias.

Por otro lado, se encuentra el tratamiento de mantenimiento con metadona, cuyo objetivo es lograr la abstinencia total a la heroína, pero a cambio del consumo continuado de su agonista la metadona. Para ello se comienza con un aumento gradual de metadona hasta que el paciente logra la eutimia y eliminar tanto el síndrome de abstinencia como el *Craving* (ansiedad de consumo), para conseguir la estabilización de la dosis.

Y, por último, el tratamiento con metadona con objetivo de reducción de daños, con el cual no se pretende la abstinencia total a la heroína, pero sí la disminución de su consumo y de

los riesgos asociados al mismo, como por ejemplo las infecciones asociadas a la reutilización de material de inyección.

Consecuencias del consumo de heroína

Según Ruiz en su estudio del año 2002, la característica esencial de una intoxicación por opiáceos se ve manifestada en cambios comportamentales desadaptativos durante o poco después del consumo de los mismos. Esta desadaptación se ve acompañada de miosis y/o somnolencia, disartria, lenguaje farfullante y deterioro de la memoria. El grado de severidad de los síntomas depende de la dosis, del individuo y de la tolerancia del mismo. El tratamiento específico de la intoxicación consiste en la administración de naloxona (agonista opioide) (6).

En caso de sobredosis puede manifestarse con coma, depresión respiratoria intensa, pupilas puntiformes y/o edema pulmonar. Este cuadro remite, generalmente, después de 2-3 horas; teniéndose que tratar siempre en ambiente hospitalario, incluso en unidad de cuidados intensivos.

Si hacemos referencia a los aspectos físicos tras un consumo a largo plazo de heroína, podemos observar que en los consumidores por vía oral no son frecuentes la presencia de signos físicos. Los que son por vía nasal, se puede producir irritación de la mucosa nasal. En los individuos por vía inyectada pueden detectarse señales en extremidades, cuello y genitales; así como esclerosis venosa.

En relación al síndrome de abstinencia por opiáceos (SAO) aparece cuando un sujeto ha adquirido cierta tolerancia a la sustancia e interrumpe de forma repentina la administración de la misma. Su intensidad puede variar dependiendo de la dosis y del grado de acción sobre el SNC. En el caso de la heroína, la fase de mayor intensidad aparece entre las 36-72 horas de la última dosis.

Cabe destacar que este SAO puede aparecer tanto por la interrupción del consumo de opioides como tras la administración de un agonista (como la metadona) después de un consumo de opiáceos.

Entre los signos y síntomas podemos resaltar: disforia, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, midriasis, piloerección o sudoración, diarrea, fiebre e insomnio.

Historia

La metadona apareció durante la segunda guerra mundial con el fin de sustituir a la Morfina. En 1946 se descubrió que esta sustancia era capaz de eliminar el síndrome de abstinencia a la Heroína, pero no fue hasta 1965 que se descubrieron las propiedades farmacocinéticas de la sustancia; así como que su acción duradera se conseguía de forma más eficaz si se administraba de forma oral (3) (7).

Por ello, en los años sesenta, Dole y Nyswander proponen la existencia de un trastorno metabólico con base etiopatogénica de la dependencia de la heroína y la morfina, que presentaban muchos de los pacientes resistentes a la abstinencia total de la sustancia. Este trastorno únicamente podría equilibrarse con la administración mantenida de opiáceos, lo cual comportaría la prescripción de un opiáceo sustitutivo, la metadona (7) (8).

El uso de agonistas opiáceos como la metadona para el tratamiento de reducción de daños en pacientes consumidores de heroína tiene su origen en Estados Unidos, cuando Dole y Nyswander observaron que dicha sustancia administrada en altas dosis por vía oral reducía el síndrome de abstinencia y el *Craving* producidos por la heroína. Con el paso de los años, el tratamiento con metadona se fue extendiendo por los países europeos, estimándose que en el año 2016, el 61% de consumidores de heroína se encontraban dentro de estos programas (9) (10) (11).

Durante los años 80 y parte de los 90 el consumo de heroína de forma inyectada en España supuso un gran aumento de la morbimortalidad, los problemas de delincuencia y los casos de infecciones por VIH y VHC asociados a su vía de administración, lo cual creó una importante alarma social. La respuesta a dicha situación no llegó hasta el año 1985, con la creación del primer Plan Nacional sobre Drogas (PND), pero el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) no se pudo llevar a cabo por problemas políticos hasta el año 1990, en el cual se modificó la legislación vigente con la promulgación del Real Decreto que facilitaba el reparto de competencias por autonomías (9) (4) (12).

A mediados de los años noventa, se apreció una gran disminución de los problemas relacionados con la inyección de heroína, lo cual se asoció principalmente al cambio de vía de administración de dicha droga, que pasó a ser fumada, además de a la implantación de los PMM y de intercambio de jeringas. A raíz de este fenómeno, los nuevos casos de infección por VIH fueron principalmente asociados a transmisión sexual en lugar de vía sanguínea como había pasado en años anteriores (9).

Otra de las consecuencias del consumo por vía inyectada fueron los casos de infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC), cuya prevalencia entre consumidores se mantenía en un porcentaje muy elevado (entre el 65-86% de los inyectores durante 2001-2003) siendo en muchos casos coinfección con el VIH (9).

Por otro lado, y sumándolo a las dificultades de atención a este grupo de población, la implantación de recursos para la reducción de daños ha tenido que enfrentarse desde sus inicios a problemas de prejuicios y estigmas sociales. Un ejemplo de ello es el conocido como fenómeno NIMBY (Not In My Back Yard), caracterizado por la oposición de la población a que se instalen servicios de ayuda en determinadas localizaciones (13) (11).

El papel de enfermería en los PMM

Basándonos en el estudio de Ruíz, donde se recoge el papel de enfermería en el PMM concluye que como en cualquier otro proceso terapéutico, en el PMM enfermería debe, en primer lugar, llevar a cabo una evaluación exhaustiva del paciente con el fin de establecer un plan de cuidados adecuado e individualizado. Para ello, se debe llegar a comprender cuál es el efecto conductual que tiene el consumo sobre él y educar respecto a los daños asociados que puede sufrir, para así disminuir lo máximo posible el riesgo (6).

Según el autor, es vital en la evaluación poder llegar a conocer datos respecto a los recursos de los que dispone, barrio en el cual vive y los problemas personales o sociales que se puedan estar derivando del consumo. Además, se recoge: las drogas que consume, coste económico que le supone su adquisición, dosis y frecuencia de consumo, vía de administración y el tiempo que lleva consumiéndolas (6).

La importancia del papel de enfermería en el PMM no radica solo en la administración de la medicación, sino que también es vital establecer un vínculo terapéutico con el paciente con el fin de que no abandone su tratamiento y seguimiento, además de tratar los posibles problemas asociados al consumo de heroína como el VIH o las hepatitis crónicas entre otros (6) (5).

Estos pacientes suelen hacer demandas insistentes de tratamiento farmacológico con el fin de paliar los síntomas que les pueden surgir debido al síndrome de abstinencia, como por ejemplo el insomnio o la ansiedad. Por ello, es importante que los profesionales estén capacitados para reconducir dichas situaciones y ayudarles a afrontarlas preferiblemente sin necesidad de abordaje farmacológico (6).

Cuando un paciente acude en busca de ayuda por dependencia a opiáceos, se debe consensuar tanto con el equipo multidisciplinar como con el paciente cuáles van a ser las pautas a seguir en su tratamiento. Es primordial informar desde el principio de qué es la metadona, cómo actúa y cuáles son sus efectos y sus interacciones, además de dejar claro cuál es el objetivo que se persigue con el tratamiento. Mantener bien informado al paciente sobre la importancia de la reducción de daños asociados al consumo ayuda a lograr una mejor adherencia (5).

Cuando se consigue la estabilización del tratamiento, se negocia cómo se hará la recogida de dosis por parte del paciente, el cual puede también nombrar a un representante autorizado para que la realice en caso de incapacidad para acudir propiamente (5).

Una vez que el paciente se encuentra dentro del PMM, es importante mantener un seguimiento de las necesidades básicas que pueden verse alteradas a causa del tratamiento. Entre las necesidades básicas que pueden alterarse tras la administración de metadona destacan (14):

- Estreñimiento. Puede ser debido a un mal ajuste de la dosis de metadona, potenciando así los efectos secundarios de los opiáceos, aunque también podría ser por falta de ejercicio físico.

En cuanto a las intervenciones dentro de este aspecto, encontraríamos los hábitos higiénico-dietéticos, sobre la alimentación y el ejercicio físico; y la enseñanza de técnicas favorecedoras para la defecación como la flexión de rodillas y cadera.

- Sexualidad. Puede deberse a un mal ajuste de la dosis de metadona, aumentando los efectos en la disminución de la libido.

En relación a las intervenciones podríamos destacar educación para la salud en cuanto a métodos anticonceptivos, métodos alternativos para dispensar la energía sexual o métodos alternativos para dar y recibir placer.

- Alteración en el cumplimiento del régimen terapéutico. La persona podría ser que dejara de acudir a recoger la metadona.

Entre las intervenciones destacaremos la información sobre los efectos del no seguimiento del tratamiento y de los efectos colaterales del mismo. También sería correcto asegurarse si

el paciente tiene dificultad para acudir a la consulta en el horario establecido; así como, conocer si el paciente se siente bien con esa dosis de metadona.

- Patrón del sueño. Podría verse reflejado si la persona manifiesta no dormir las horas deseadas, no conseguir conciliar el sueño o quejas verbales de no sentir que ha descansado.

Las intervenciones podrían ser: educación sanitaria sobre técnicas que inducen al sueño o sobre beneficios del ejercicio físico; revisar las dosis de medicación para evitar un aumento de efectos colaterales; buscar actividades que favorezcan el bienestar del paciente y mejore la comunicación con los profesionales entre otras.

- Mantenimiento de la Salud, manifestado por falta de conocimiento respecto a prácticas sanitarias básicas. Puede verse incrementado por déficit económico o de motivación para mantener un buen estado de salud.

Entre las intervenciones destacamos: control de peso y dieta sana; higiene bucodental; evitar el abuso de sustancias tóxicas coadyuvantes; planeamiento familiar y educación sanitaria sobre enfermedades de transmisión sexual.

Estado actual del tema

Los buenos resultados obtenidos hasta el momento han hecho que en la actualidad sea el tratamiento más utilizado en todo el mundo para la adicción a la Heroína (7) (1).

El perfil de usuario que se encuentra en PMM ha ido envejeciendo, situándose su media de edad entorno a los 50 años. Esto ha producido una necesidad de actualización de los recursos asistenciales y una adaptación a las patologías de base que puedan presentar dichos pacientes fruto de su edad, no solo derivadas al consumo como podía ocurrir en épocas anteriores (1).

Actualmente en Cataluña este tratamiento es proporcionado tanto por recursos de la red sanitaria como por centros de atención y seguimiento ambulatorio a las drogodependencias (CAS), farmacias, centros de atención primaria y/o centros de salud mental previamente autorizados (15).

Entre los objetivos que se plantea el PMM en la actualidad se encuentran: disminuir la mortalidad de las personas dependientes, las sobredosis, la incidencia de infección por el VIH

y por las hepatitis, los síntomas de abstinencia, las actividades ilegales y la delincuencia asociadas al consumo; además de mejorar la calidad de vida y la situación psicosocial y normalizar las alteraciones neurobiológicas de los consumidores. Por tanto, el PMM se encuentra dentro de las estrategias de reducción de daños, en las cuales se realizan medidas tanto sociales como sanitarias cuyos objetivos son la reducción de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas (15).

Objetivos

Tras la justificación de la realización del trabajo se formularon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo ha evolucionado en Cataluña el programa metadona desde sus inicios hasta la actualidad?
- ¿Cuál ha sido el impacto de los avances del Programa Metadona trasladado a los usuarios en el territorio catalán?

Partiendo de dichas preguntas, se plantearon los siguientes objetivos:

- Analizar la evolución del Programa de Mantenimiento con Metadona en Cataluña desde sus inicios hasta la actualidad.
- Medir el posible impacto de los avances del Programa de Mantenimiento con Metadona en los pacientes de Cataluña mediante las publicaciones científicas correspondientes a los años analizados.

Metodología

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado un estudio de análisis descriptivo con el fin de identificar los aspectos relevantes conocidos y desconocidos; ahorrar tiempo y esfuerzo en la lectura de artículos primarios; y mostrar la evidencia conocida en la actualidad. Para ello se

han agrupado diversos documentos oficiales y artículos científicos en base a sus resultados para derivar a una conclusión general y conjunta (16).

El trabajo se ha realizado en dos fases con el fin de responder a las dos preguntas de investigación planteadas: una primera fase en la que se realizó un análisis cuantitativo y evolutivo del PMM en Cataluña, y una segunda fase en la que se pretendía medir el impacto de los programas mediante el análisis de los artículos publicados en los diferentes periodos estipulados. A continuación, se presentan con más detalle cada una de las fases mencionadas:

Fase 1:

En la primera fase de este trabajo se realizó una revisión exhaustiva de documentos institucionales del Ministerio de Sanidad, y del Departament de Salut, así como un análisis cuantitativo de los datos que se presentan anualmente en dichos documentos. Los documentos del Ministerio de Sanidad sobre los planes de salud en materia de adicciones se publican en los Planes Nacionales sobre Drogas (PND) y mediante el Sistema de Información sobre Drogodependencias (SID). Estos documentos son publicados en España de forma anual desde el año 1986 y 1991 respectivamente, los cuales se encuentran disponibles en plataformas oficiales del estado. En el PND se encuentran datos de todo el territorio español, por lo que sólo se seleccionó la información concerniente a la CCAA de Cataluña, que es el territorio en el que se centra este estudio. Con el fin de analizar los documentos de forma exhaustiva se estructuró la información en base a:

- Situación que existía antes de implantarse cada programa en estudio, con el fin de conocer desde qué punto partimos a la hora de interpretar los resultados del mismo.
- Diferencias y semejanzas entre los existentes y los anteriores, así como cuál es el fundamento principal de cada programa
- Datos sociodemográficos, sanitarios y sociales publicados en ambos documentos.

Para ello, se realizaron unas tablas de recogida de datos donde se analizaron los mismos de forma anual y recogiendo únicamente la información perteneciente al programa metadona en la comunidad de Cataluña.

Fase 2:

En la segunda fase de este trabajo se realizó una revisión sistematizada de artículos publicados relacionados con el objeto de estudio, con el fin de analizar su repercusión en base a:

1. Los efectos que tiene el programa respecto a la prevalencia de consumidores.
2. La incidencia de VIH y virus de la hepatitis C entre consumidores de heroína.
3. Incidencia de problemas judiciales relacionados con el consumo de heroína.
4. Casos de mortalidad por reacciones adversas asociadas al consumo.
5. Efectos sobre el cuidado personal de los pacientes.
6. Problemas laborales y económicos.
7. Problemas sociales y familiares.

Criterios de inclusión y exclusión de la fase de búsqueda bibliográfica:

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Idioma	Castellano, inglés, catalán y portugués.	Cualquier idioma diferente a los que recoge los criterios de inclusión
Territorio donde se desarrolla el Programa Metadona	Cataluña	Cualquier territorio fuera de los que aparecen en los criterios de inclusión
Antigüedad	Sin límite de antigüedad	No excluimos artículos por su antigüedad
Formato	Artículos con texto completo	Todo artículo que no se encuentra con texto completo
Gratuidad	Artículos de acceso gratuito	Todo artículo que requiere pago para acceder al mismo

Estrategia de búsqueda:

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos relacionadas con la salud: Cinahl, PubMed, Cuiden, Google académico y Dialnet. Además, se utilizó la biblioteca virtual Scielo.

Las palabras clave utilizadas para obtener la información siguiendo nuestros criterios de inclusión fueron las siguientes: programa, metadona, Cataluña, evaluación, VIH, efectos, heroína, reducción daños y social. Se utilizaron los Tesauros para relacionar las palabras clave en las anteriormente citadas bases de datos.

Los Tesauros utilizados fueron los siguientes: *AND*, que se utiliza para buscar artículos que incluyan los términos empleados; *OR*, que se aplica para obtener registros que contengan alguna de las palabras introducidas; y *NOT*, para excluir alguna de las palabras, y que contenga una y no la otra (17). En la *tabla 2* se presenta la estrategia de búsqueda con las diferentes combinaciones utilizadas.

Tabla 2: Estrategia de búsqueda

Estrategia de búsqueda						
Términos	Relación entre ellos	Tesauro utilizado	Base de datos	Total de artículos	Artículos seleccionados	Filtros
Metadona, social	Metadona and social	and	cuiden	12	2	
Methadone, social	Methadone and social	and	Dialnet	52	0	Texto completo
Metadona, social	Metadona and social	and	Cinahl	110	0	Texto completo, Europa
Programa, metadona, evaluación	Programa metadona and evaluación	and	Google académico	4590	1	Solo en español
Programa, metadona, evaluación	Programa metadona and evaluación	and	Dialnet	44	0	
Programa, metadona, evaluación	Programa metadona and evaluación	and	Cuiden	4	0	
Methadone, program, evaluation	Methadone program and evaluation	and	Cinahl	128	0	Full text
Programa metadona, social	Programa metadona and social	and	Google académico	4.990	1	Solo en español
Programa metadona, social	Programa metadona and social	and	Dialnet	63	0	
Programa, metadona, social	Programa metadona and social	and	Cuiden	9	0	Solo en español

Methadone, program, social	Methadone program and social	and	Cinahl	128	0	Full text
Programa, metadona, VIH	Programa metadona and VIH	and	Dialnet	48	1	Texto completo
Programa, metadona, VIH	Programa metadona and VIH	and	Cuiden	4	0	Solo en español
Methadone, program, AIDS	Methadone program and AIDS	and	Cinahl	49	0	Full text
Efectos, metadona	Efectos and metadona	and	Dialnet	118	1	Año 1998 Texto completo
Efectos, metadona	Efectos and metadona	and	Cuiden	5	0	
Methadone, effect	Methadone effects	and	Cinahl	999	0	Full text
Efectos, metadona, heroína	Efectos and metadona or heroína	And, or	Cinahl	14	1	Texto completo
Efectos, metadona, heroína	Efectos and metadona or heroína	And, or	Dialnet	25	0	Texto completo
Efectos, metadona, heroína	Efectos and metadona or heroína	And, or	Cuiden	11	0	Todos
Cataluña, reducción, daños	Cataluña and reducción and daños	and	Scielo	4	1	
Cataluña, reducción, daños	Catalonia and reduction and damage	and	Cinahl	0	0	--
Cataluña, reducción, daños	Cataluña and reducción and daños	and	Dialnet	18	0	Texto completo
Cataluña, reducción, daños	Cataluña and reducción and daños	and	Cuiden	1	0	Todos

Análisis de resultados

1ª Fase;

En primer lugar, se analizó la información extraída de los documentos oficiales (PND y SID), mediante estadística descriptiva, organizándose por décadas y distribuida en una tabla destinada a comparar los datos más relevantes. Se tomó como año de partida 1986, que es a partir del cual se disponen datos, y hasta el año 2018.

2ª Fase:

En segundo lugar, se realizó un análisis general y de contenido de los artículos obtenidos en la revisión bibliográfica sistematizada.

Tras situar los artículos en la línea temporal se contrastó con el análisis de los documentos oficiales pudiendo así comparar la información obtenida en ambas fases y observar así su evolución a lo largo de los años.

Resultados

FASE 1:

A continuación, se presenta la información extraída de los PND y los SID en forma de gráficos descriptivos. Los datos completos se muestran agrupados en las tablas 5-7, 9-11, disponibles en los Anexos I y II. La información proporcionada en los documentos anuales no es homogénea, ya que en algunos años dejan de aparecer determinados datos, y a medida que se avanza en ellos, aparecen nuevas variables recogidas.

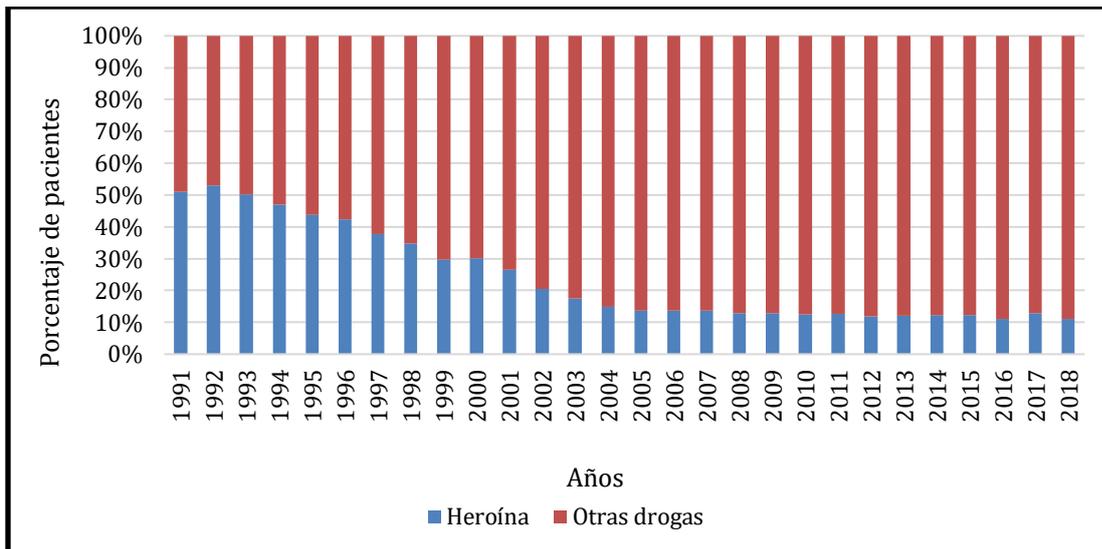


Figura 1: Inicio de tratamiento según la droga que lo motiva.

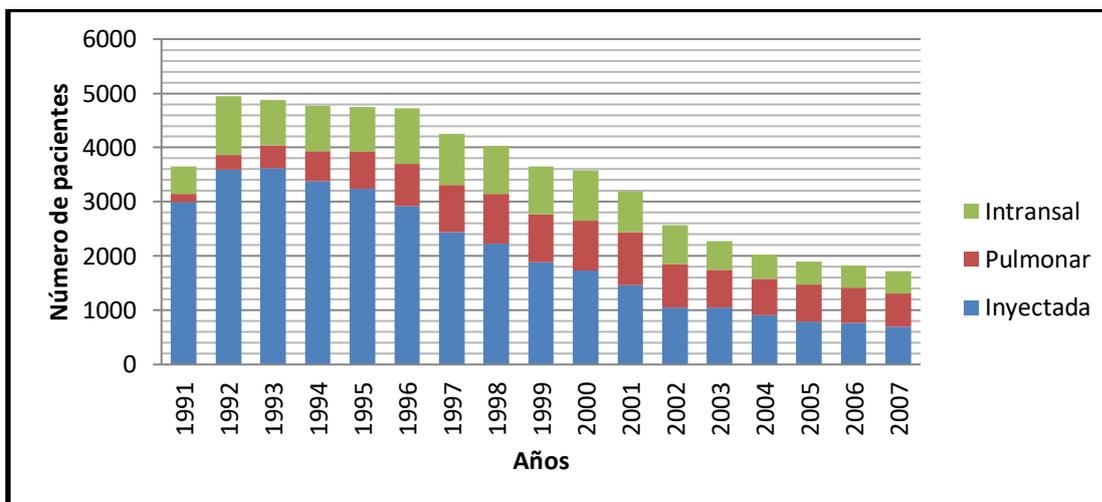


Figura 2: Vías de administración utilizadas al comienzo del tratamiento del total de pacientes atendidos por consumo de heroína.

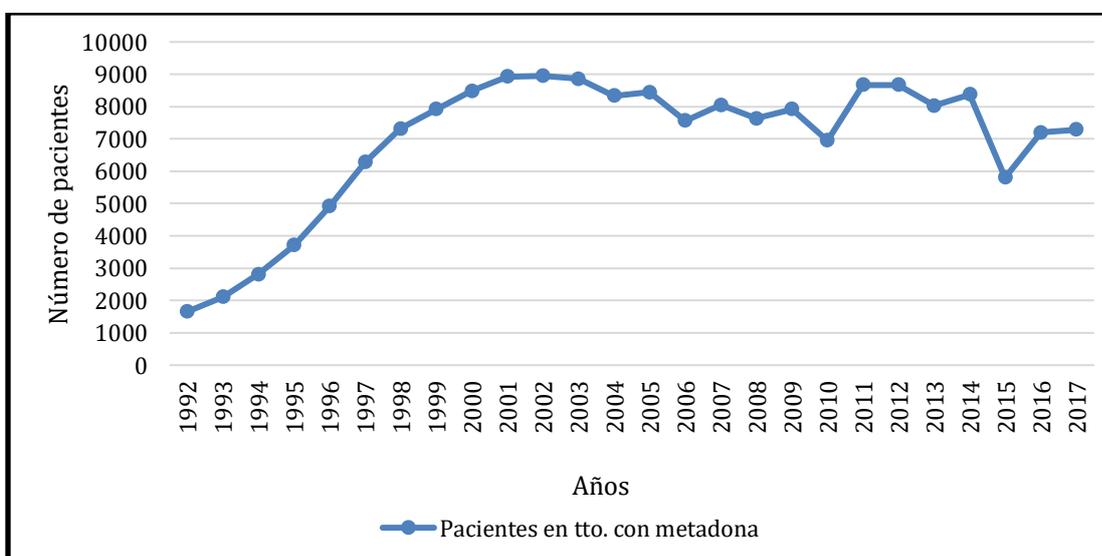


Figura 3: Usuarios en PMM a 31 de diciembre de cada año analizado.

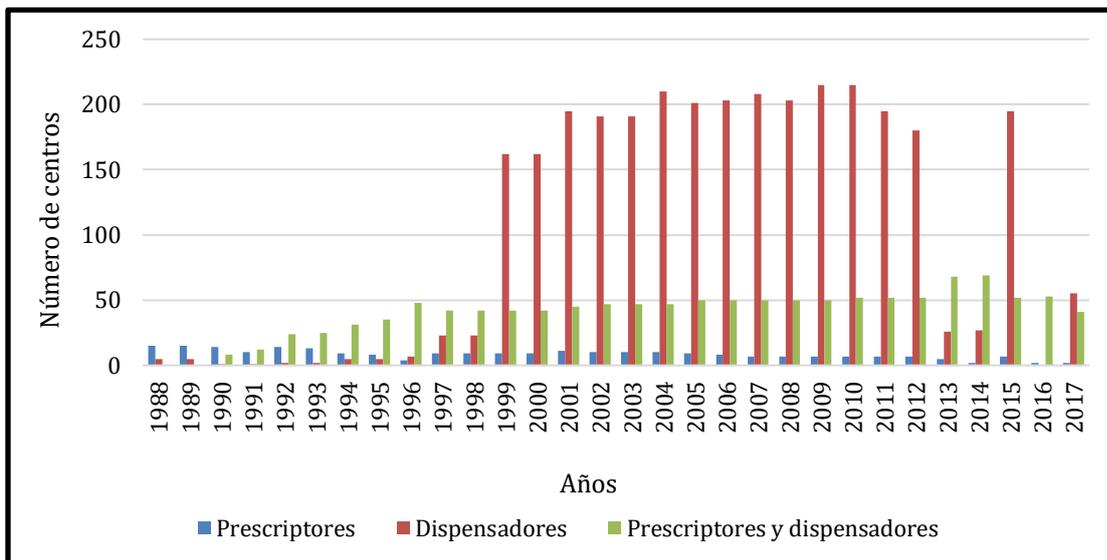


Figura 4: Número de centros de dispensación de metadona en base a la función que desempeñan.

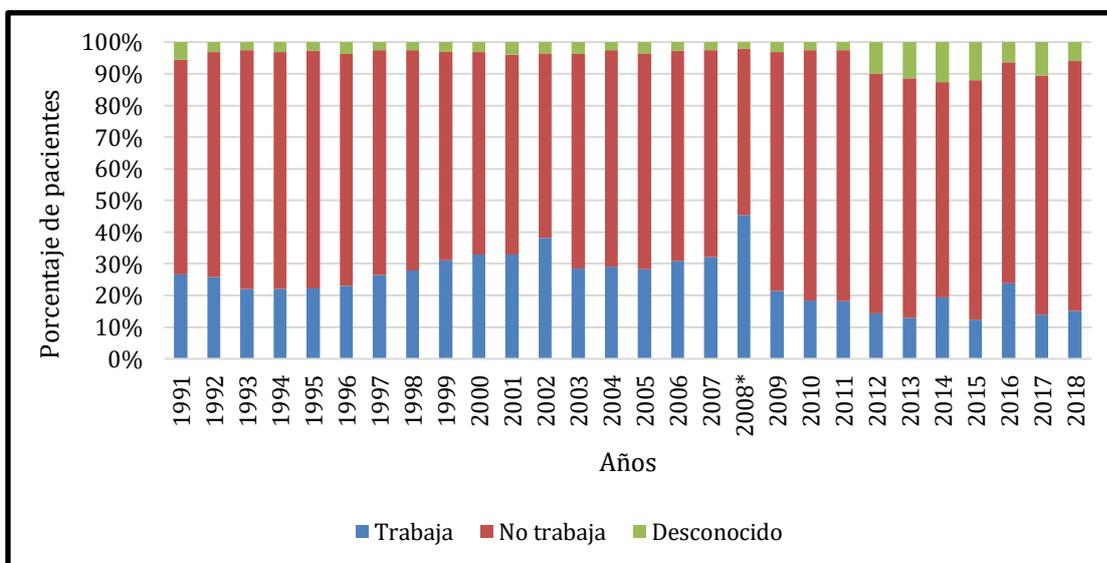


Figura 5: Situación laboral de los consumidores de heroína que inician tratamiento.

*Datos 2008 pertenecientes únicamente a hombres

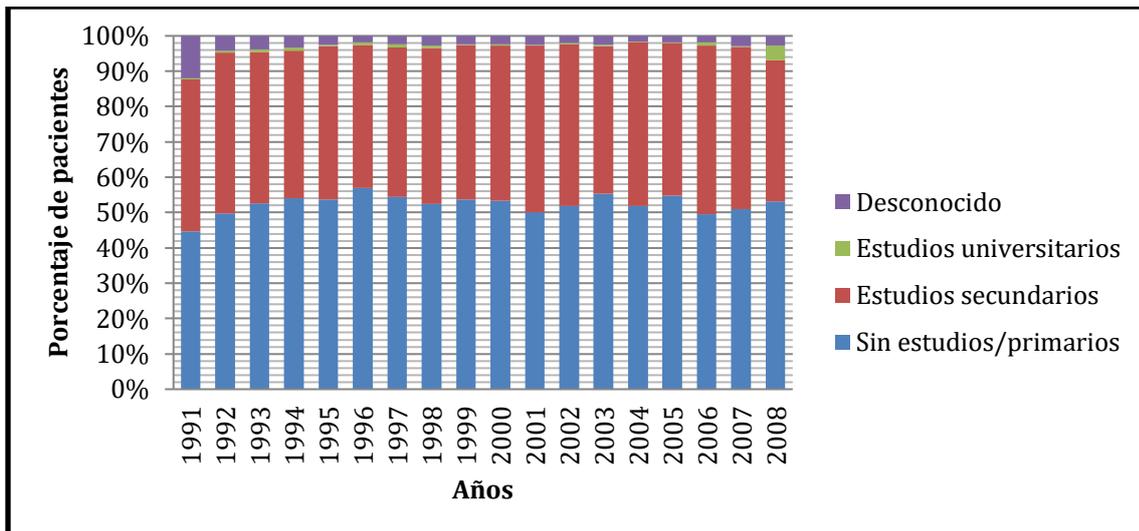


Figura 6: Nivel de estudios en personas que empiezan tratamiento por consumo de heroína.

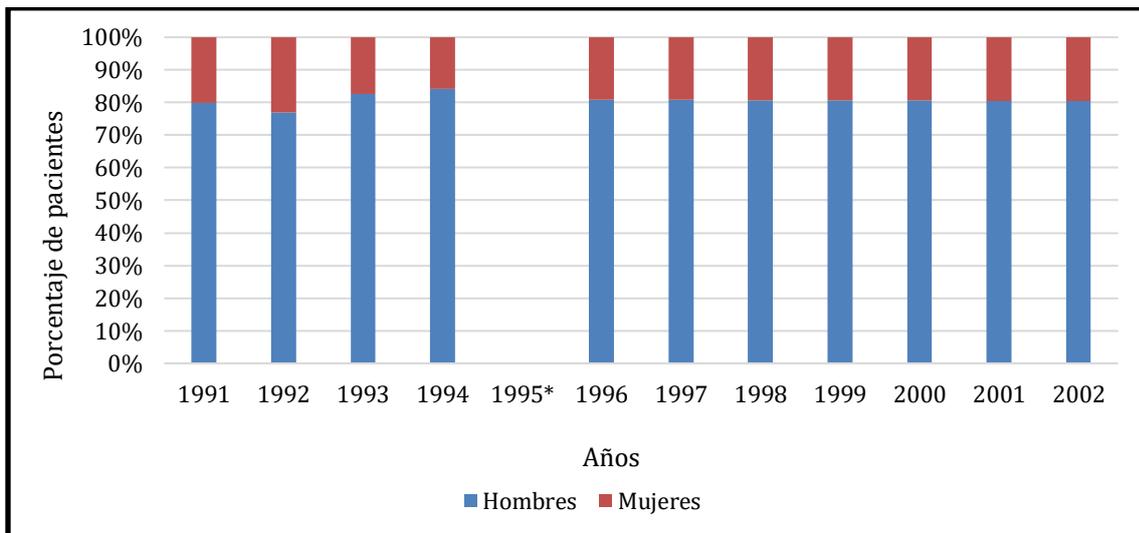


Figura 7: Distribución por sexos de los casos de VIH en personas consumidoras que utilizan la vía intravenosa.

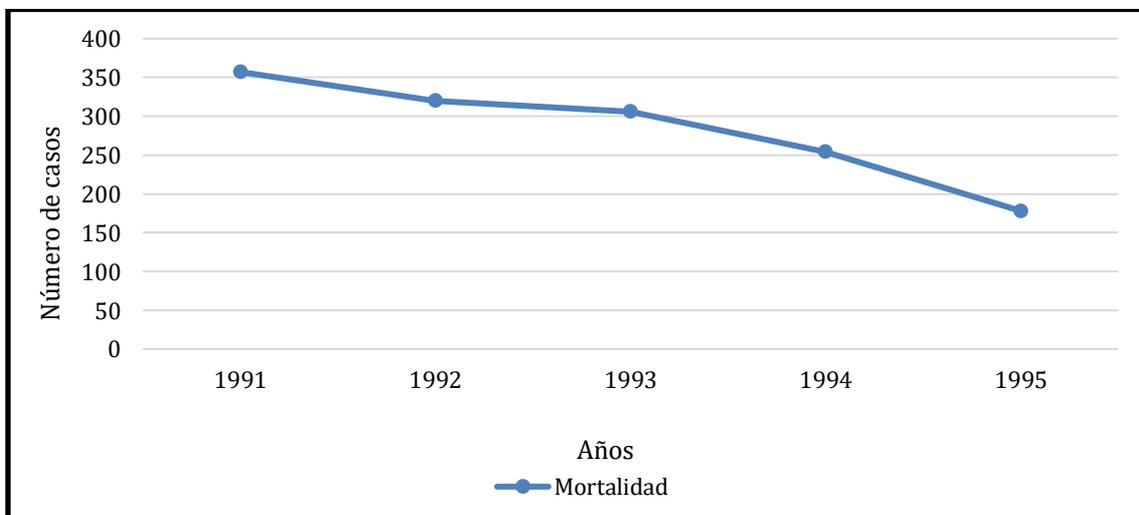


Figura 8: Mortalidad asociada al consumo de opioides.

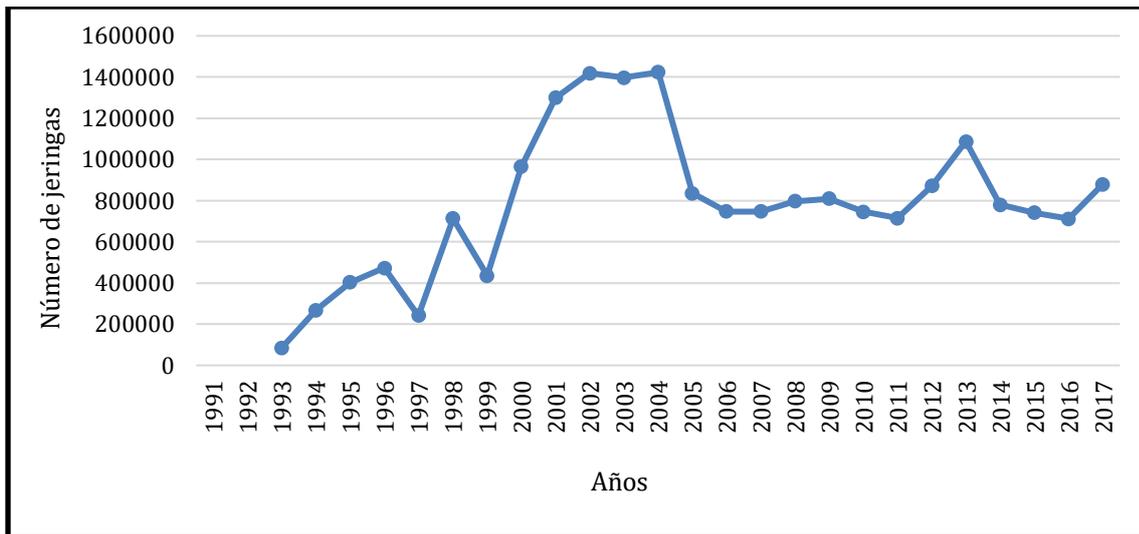


Figura 9: Cantidad de jeringas dispensadas.

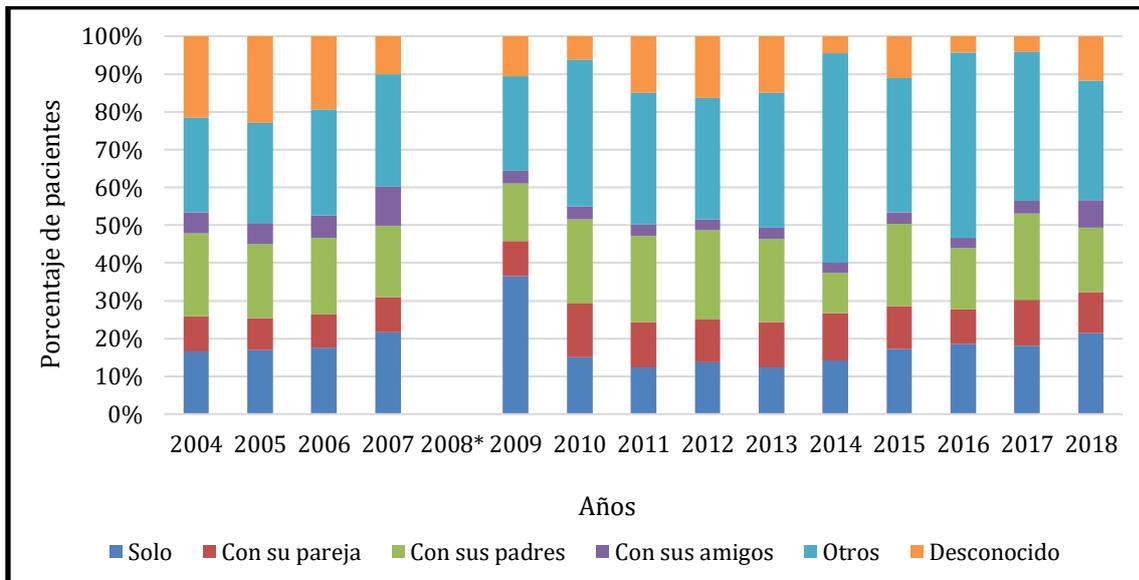


Figura 10: Convivencia de los consumidores de droga que inician tratamiento.

* No hay datos correspondientes a ese año.

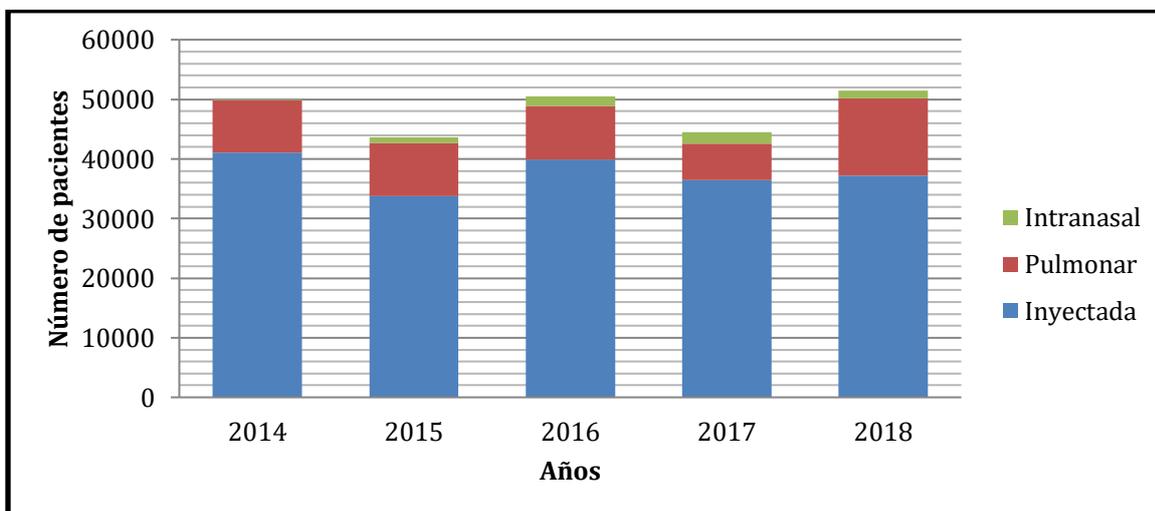


Figura 11: Vía de administración de heroína en salas de consumo.

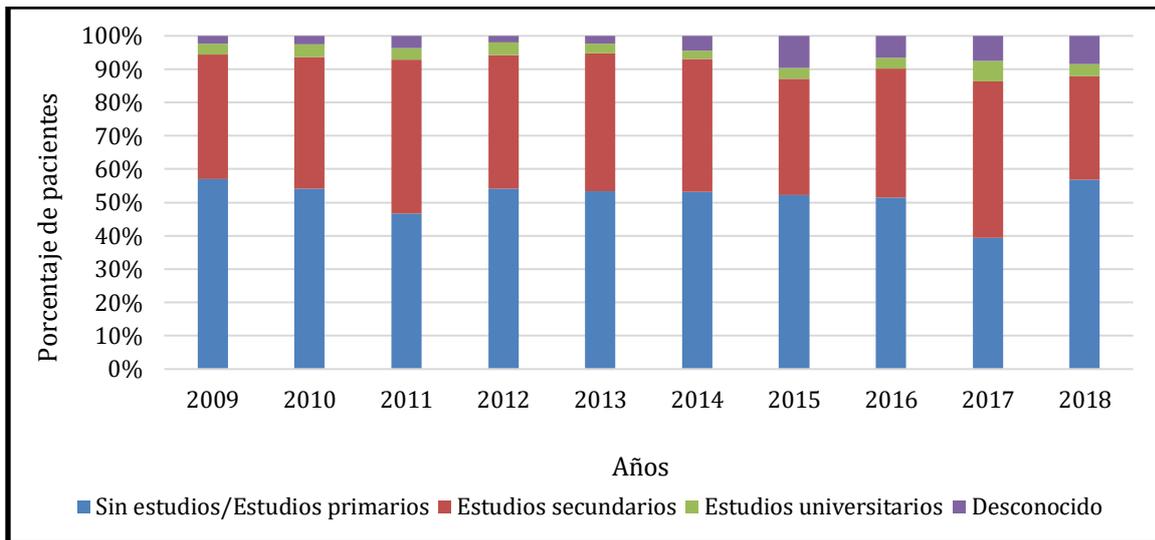


Figura 12: Nivel de estudios en hombres consumidores de heroína que inician tratamiento.

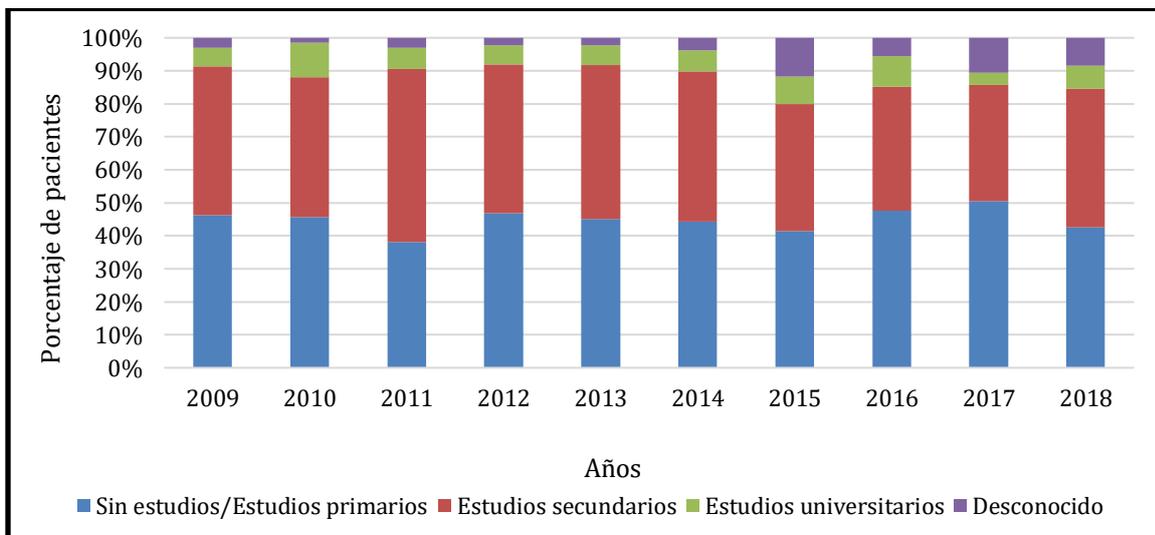


Figura 13: Nivel de estudios en mujeres consumidoras de heroína que inician tratamiento.

FASE 2:

Se obtuvieron un total de 8 artículos en la revisión bibliográfica (*tabla 3*). En el Anexo II se dispone de una tabla con el resumen de cada uno de ellos.

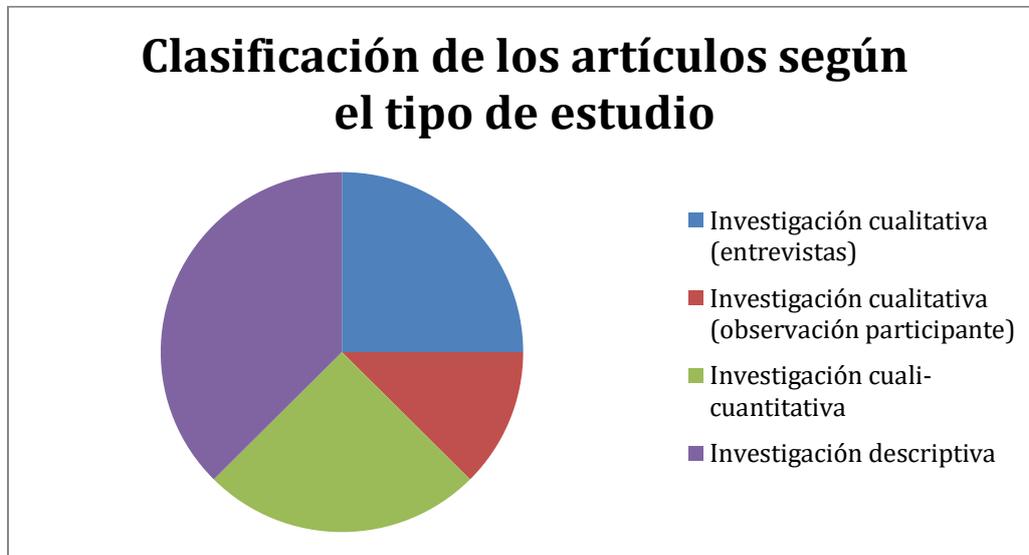


Figura 14: Tipos de artículos analizados.

A continuación, se muestra una tabla de resultados de los artículos seleccionados, y que contiene cada uno de los ítems que han sido analizados (*tabla 3*):

Tabla 3: Resultados artículos analizados

Título artículo	Autor, año	RESULTADOS ANALIZADOS						
		Efectos prevalencia consumidores	Incidencia VIH, VHC	Problemas judiciales	Mortalidad	Cuidado personal	Problemas laborales y económicos	Problemas sociales y familiares
Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona	Escudero M., et al, 1990			X		X	X	X
Efectos conductuales de la metadona	G. Dávila, 1998			X				
Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona.	Manzanera R. et al., 2000		X		X			
La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos	Albertín Carbó, 2000					X		X
Influencia del Programa de Mantenimiento de Metadona en el contexto social, familiar y laboral en los adictos a opiáceos	Granero A. et al., 2012						X	X

Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach.	Torrens M. et al., 2013	X	X	X	X	X		
Diferencias de género en los comportamientos de riesgo de VIH entre los usuarios de drogas intravenosas en Cataluña, España	Folch et al, 2013		X					
Envejecer en un programa de mantenimiento con metadona. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud	Gutiérrez-Cáceres et al., 2019							X

Discusión de los resultados

De 1988 a 1998: El boom de la heroína inyectada.

Durante la década del 1988-1998 la heroína fue la droga que más demandas de tratamiento requirió, obteniendo su pico en el año 1992, entorno el 50%, aunque ésta fue disminuyendo poco a poco hasta lograr bajar del 30% (*Fig. 1*). La vía de administración más usada fue la inyectada, alcanzando su máximo en el año 1993, a partir del cual comenzó su descenso progresivo. La vía intranasal se mantiene estable durante los años mientras que la pulmonar comienza su ascenso progresivo en el año 1994, observándose una vía de moda en auge (*Fig. 2*).

Es en el año 1993 cuando se da inicio a los programas de salud sobre metadona, en los cuales se incluyen: Screening diagnóstico (ETS, hepatitis víricas, tuberculosis, infección por VIH), vacunación contra la hepatitis B, seguimiento y/o derivación a centros especializados y educación sanitaria. Cabe destacar, que estos programas todavía se están llevando a cabo en la actualidad.

El número de usuarios en PMM fue aumentando de forma continuada desde el año 1992 (12) (*Fig. 3*), dado que se fue produciendo un aumento gradual de los recursos asistenciales fomentando la inclusión a dicho programa.

Uno de los datos más destacables en este periodo, parece ser la nueva distribución de los centros que proporcionaban PMM en Cataluña, distribuyéndose en 3 grupos diferenciados presentes también en la actualidad: dispensadores, los cuales solo pueden dispensar las dosis de metadona ya establecidas; prescriptores, en los cuales no solo se prescribe, sino que también se llevaban a cabo otras acciones como cribado de VIH y VHC, educación sanitaria...; y centros tanto prescriptores como dispensadores, los cuales cumplen las mismas características que el anterior pero además pueden dispensar (12). Durante 1988 y 1989 se dispuso de centros únicamente prescriptores o dispensadores de metadona, año a partir del cual aparecieron también los centros tanto prescriptores como dispensadores. Año tras año el número de centros que proporcionaban estos servicios fue aumentando de forma gradual, lo que implica una mayor accesibilidad logrando que los pacientes puedan tener los recursos más a su alcance (*Fig. 4*).

Aunque no aparecen variables en torno a aspectos sociales y familiares en los diferentes documentos oficiales, los estudios nos aportan información relevante al respecto. Las relaciones sociales de los pacientes consumidores de heroína y que se encuentran en PMM se ve afectada debido al estigma que rodea al consumo (11). Las amistades se ven afectadas en un primer momento por la aproximación al mundo de la droga, por lo que los amigos de toda la vida se alejan de los consumidores, los cuales inician nuevas relaciones con otros consumidores (4) (18). Por ello, cuando el paciente inicia su PMM, le resulta muy complicado restablecer relaciones de amistad ya que se aleja del círculo de consumidores y sus relaciones previas están fuertemente afectadas, por lo que deben cambiar sus amistades (8)

Respecto a las relaciones familiares también se ven directamente afectadas con el inicio del consumo de heroína, por lo cual se produce un mayor distanciamiento con los hermanos que con los padres, que llevan al consumidor a un estado de marginación (18). Cuando el consumidor toma la decisión de iniciar su PMM, estas relaciones familiares se ven mejoradas, recibiendo una mayor confianza y apoyo por parte de sus familiares de primer grado (8) (18).

La obtención y mantenimiento de un puesto de trabajo resulta realmente complicado en los consumidores de heroína (18) (*Fig. 5*), donde el porcentaje de consumidores que trabajan es siempre inferior al 30%. Cuando un consumidor inicia su PMM, en algunas ocasiones si puede encontrar un puesto de trabajo con mayor facilidad ya que sus habilidades sociales y de funcionales se ven menos alteradas (3)

Otro de los aspectos que se relaciona directamente con la vida laboral es nivel de estudios, donde, el porcentaje de consumidores que no disponen de educación o únicamente disponen de educación primaria ronda el 50%, mientras que entorno un 35% dispone de estudios secundarios y por debajo de un 2% universitarios (*Fig. 6*).

En la provincia de Barcelona se produjo el pico máximo de contagios por VIH en los años 1986 y 1987, pero a partir de 1990 la incidencia mostró un estancamiento, siendo en 1994 cuando comenzó su descenso continuo pasando de un 5,53% anual en 1991 a un 2,49% en el 1996 (19).

Los casos de infección por VIH relacionados con la inyección de drogas no tiene diferenciación significativa entre hombres y mujeres (20). Los hombres tienen un porcentaje de infección más alta que las mujeres; pero es debido a que la tasa de consumo en hombres es mucho más elevada que en mujeres según datos del *Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya* (*Fig. 7*).

La mortalidad asociada a los efectos adversos relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral se vio disminuida gracias al inicio de PMM (12). En los datos recogidos muestra un descenso paulatino entre los años 1991 y 1995 (*Fig. 8*). A partir de ese año se dejan de disponer datos significativos al respecto, ya que la recogida de los mismos deja de cumplir la homogeneidad de criterios (19).

El programa de intercambio de jeringas tuvo su inicio en Cataluña el año 1991, pero no fue hasta el 1993 que se obtienen datos sobre la cantidad de jeringas dispensadas, siendo su evolución de 85.193 dispensaciones en el año 1988 a 713.381 en 1998 (*Fig. 9*).

En el año 1996 aparecen los primeros datos que hacen referencia a los centros dispensadores de jeringas, siendo los principales farmacias y centros especiales (*tabla 4*).

De 1998 a 2008: Salas de consumo supervisado, un nuevo recurso.

En cuanto a la demanda de tratamiento de usuarios durante la década del 1998-2008 podemos destacar que las relacionadas con el consumo de heroína fue descendiendo hasta el año 2004, año a partir del cual se produce un estancamiento de los casos (*Fig. 1*). A diferencia de la década anterior, la vía de administración inyectada descendió significativamente pasando de 2.439 consumidores en el año 1998 a 695 en el 2007 debido a la ampliación de recursos y su impacto significativo sobre la salud. Respecto a las vías intranasal e intrapulmonar se observó una estabilización e incluso ligera disminución asociadas principalmente a la creación de las Salas de Consumo Supervisadas en el año 2004.

Este nuevo recurso ha tenido un impacto significativo tanto en las vías de consumo, principalmente con la disminución de la inyectada, como en la prevención de los efectos adversos relacionados con la misma vía, ya que se otorga una mayor educación sanitaria entorno a las posibles complicaciones derivadas de una administración inadecuada. Además, se proporciona material estéril necesario para su consumo.

La cantidad de jeringas dispensadas tuvo su pico máximo entre el año 2001 y 2004, a partir de entonces, con la introducción de las salas de consumo, se produjo un descenso y posterior estabilización (*Fig. 9*). Los centros que mayor dispensación de jeringas realizaron fueron las farmacias, los Centros de Atención Primaria y los agentes de calle (*tabla 5*).

Tras el aumento del número de pacientes que se encuentran en el PMM de la primera década analizada, podemos observar que en esta segunda década se tiende a la estabilidad (*Fig. 3*)

lo cual se puede relacionar con la ligera variación del número de recursos que proporcionaban el PMM.

Respecto a los centros que proporcionan PMM, se produce un gran aumento de los centros dispensadores, lo cual mejoraba la adherencia al tratamiento ya que la proximidad a los consumidores era mayor. Mientras, los centros prescriptores y los que proporcionan ambos servicios se mantienen estables. En cuanto a los centros que dispensan y prescriben la metadona, cabe destacar que se encuentran en una mayor proporción respecto a los centros prescriptores (*Fig. 4*).

Los registros de centros que ofrecen PMM se encuentran a partir del año 1999. A partir de entonces y hasta el 2003, dichos servicios se proporcionan en Unidades Móviles, Centros Penitenciarios y Farmacias. A parte de darse un incremento en los pacientes que siguen su tratamiento en farmacias; se observa también que a partir del 2004 se añaden como centros dispensadores de metadona centros específicos de tratamiento por drogodependencias, Hospitales Generales, Comunidades Terapéuticas y Centros de Salud (*Fig. 5*).

Según los datos recogidos en el SID de Cataluña (*Fig. 9*) en torno al 20 % de los consumidores de heroína vivía en casa de sus padres, el 18% vivían solos, el 9% convivían con su pareja y únicamente entorno al 8% compartía casa con amigos (*Fig. 10*). El hecho de vivir acompañado mejora la evolución del paciente dentro del PMM, ya que su red de apoyo está más consolidada.

La situación laboral de los consumidores de heroína en ocasiones se ve afectada por diversos motivos relacionados con el compromiso y el rendimiento como son el incumplimiento de los horarios, la falta de asistencia, las bajas laborales o la inducción al despido (18). Se mantiene en esta segunda década entorno al 30% activos (*Fig. 5*).

El nivel de estudios se mantiene estable durante estos años, con valores alrededor del 53% de consumidores que no tienen estudios o sólo tienen estudios primarios, aproximadamente el 45% tenían estudios secundarios y menos del 3% universitarios (*Fig. 6*). Generalmente las adicciones repercuten negativamente en el rendimiento académico, ya que afectan a la capacidad de concentración y de continuidad de una rutina.

De 2008 a 2018: ¿Tendencia a la estabilidad?

Durante la década 2008-2018 las demandas de tratamiento por consumo de heroína se mantienen por debajo del 13% de manera estable, lo que indica una reducción de personas que consumen dicha sustancia (*Fig. 1*).

A diferencia de las décadas anteriores, los datos referentes a las vías de administración corresponden a pacientes tratados en salas de consumo, por lo que el número de pacientes es mayor debido a que es más específico el control que se tiene sobre la vía de administración dentro de las salas (*Fig.11*). Se observa como la tendencia de la vía inyectada se mantiene estable y en un porcentaje mayor que las vías intranasal y pulmonar; lo cual está relacionado con que el dato sea referente a las salas de consumo supervisado y mayoritariamente, los pacientes que acuden lo hacen para educación en relación a esta vía de administración.

En cuanto al número de pacientes que se encuentran dentro del PMM, podemos observar pequeñas fluctuaciones hasta el año 2015, a partir del cual se mantienen estables entorno a los 7.500 pacientes (*Fig. 3*), se considera que esta estabilización es debido a que al principio de la implantación del programa, había gran cantidad de altas ya que el seguimiento que se realizaba a estos pacientes no era del todo eficaz; pero en esta década, ya se iguala el número de usuarios que comienzan tratamiento con los que lo finalizan.

Respecto a los centros que proporcionan PMM, se observó una disminución en los centros dispensadores y un pequeño aumento de los centros tanto dispensadores como prescriptores debido a la necesidad de la evolución de los centros; así en lugar de solo dispensar, también pueden prescribir y así facilitar la accesibilidad de los pacientes. Los centros que mayor influencia han tenido en la dispensación de metadona han sido las farmacias, los centros de tratamiento para drogodependencias y los centros de atención primaria (*Fig.6*) (12).

En cuanto a la convivencia de los pacientes, durante la tercera década se mantiene la tendencia respecto a la década anterior; predominando los usuarios que viven con sus padres, seguido de los que viven solos y los que viven con sus parejas. La continuación de que la mayor parte de usuarios dentro del programa vivan con sus padres es debido a que vivir en compañía aumenta la adherencia al tratamiento; y a su vez, estar dentro del PMM facilita la convivencia ya que se percibe una actitud de afrontamiento hacia su situación (*Fig. 10*).

En el ámbito laboral, se puede observar como el porcentaje de consumidores que se encuentran activos se vio disminuido, pasando de entorno al 28% en décadas anteriores

al 15,1% en 2018, último año del cual se obtienen datos (*Fig. 5*). En la actualidad, los requisitos para obtener y mantener un puesto de trabajo son más estrictos.

Respecto a los estudios de los que disponen los consumidores de heroína, en la última década se obtienen datos clasificados por sexos, lo cual permite observar como por lo general las mujeres disponen de mayor escolaridad que los hombres (*Fig. 12 y 13*). En cómputo general, se mantienen las proporciones en cuanto a nivel de estudios.

El programa de intercambio de jeringas mantiene una dispensación estable de entorno a las 750.000 jeringas anuales, excepto en los años 2012-2013 donde aparece un pico cercano al 1.090.000 (*Fig. 9*). Este pico en la cantidad de jeringas es debido a que en el año 2012 en el que los centros penitenciarios comienzan a dispensarlas en Cataluña. El añadir nuevos centros que dispensen jeringas, ha ayudado a que los usuarios tengan más al alcance este recurso.

LÍNEA TEMPORAL

1990

Evolución de los PDD a lo largo de los años

ART. V
ESCUDERO M., ET AL, **1990**

1991
INTERCAMBIO DE JERINGAS

1993
INICIO DE SCREAMING DIAGNÓSTICO

ART. VI
G. DÁVILA, **1998**

1999
CENTROS PENITENCIARIOS COMIENZAN A DISPENSAR METADONA

ART. III
MANZANERA R. ET AL., **2000**
ART. IV
ALBERTÍN CARBÓ, **2000**

2004
INICIO SALAS DE CONSUMO

2008
COMIENZO DE DISPENSACIÓN DE JERINGAS EN SALAS DE CONSUMO

ART. II GRANERO A. ET AL., **2012**

2012
CENTROS PENITENCIARIOS COMIENZAN A DISPENSAR JERINGAS

ART. VII
TORRENS M. ET AL., **2013**
ART. VIII
FOLCH ET AL, **2013**

ART. I
GUTIÉRREZ-CÁCERES ET AL., **2019**

Artículos
en España

Conclusiones

Los problemas derivados al consumo de drogas tuvieron respuesta por parte del estado en el año 1985 con la creación del primer PND; pero por problemas políticos (6) no fue hasta los años 90 cuando se implementó por primera vez el PMM, tras el reparto de competencias autonómicas (9)

El PMM surgió tras la necesidad de combatir la elevada tasa de infecciones por VIH derivadas del consumo de heroína por vía inyectada, así como otras consecuencias como las muertes asociadas a sobredosis o los problemas legales y sociales relacionados. Tras la implantación y el funcionamiento, con el paso de los años, se ha observado que el PMM es efectivo en la reducción de la morbilidad asociada. Respecto a la transmisión del VIH también se puede evidenciar una contención de la misma asociada a la disminución de la vía inyectada y de las conductas de riesgo.

Dicho programa supuso una transformación del modelo tradicional de atención a las adicciones ya que, a diferencia del enfoque tradicional, en el PMM no se planteaba como objetivo principal la abstinencia total al tóxico, como podía ocurrir anteriormente con el alcohol u otras sustancias, sino que su enfoque va dirigido a la reducción de daños.

Las tendencias actuales sugieren una disminución de demanda de tratamiento por heroína, así como una estabilización en tasas generales de dependencia a opioides; aunque cabe destacar que este uso sigue siendo un problema importante de Salud Pública. Además, paralelamente se ha observado una disminución del consumo del resto de drogas ilícitas concomitantes a la heroína (6).

Con el paso de los años, se ha evidenciado que el PMM ha permitido una mejora tanto en la salud como en el bienestar de los consumidores que iniciaron el tratamiento. Este programa les ha permitido disponer de más tiempo libre y de ocio, y una mejora significativa de su estado físico.

Los problemas delictivos asociados al consumo de drogas han sido otro de los aspectos que se han visto influenciados tras la implantación del PMM. Las tasas de delincuencia asociada se vieron disminuidas con el transcurso del tiempo y con la ampliación de los recursos. Además, en el año 1999 cuando los centros penitenciarios introdujeron el PMM, se logró una mayor calidad asistencial y terapeútica con los usuarios, logrando una mejor adherencia que en años anteriores.

A pesar de los beneficios obtenidos con el PMM, hoy en día todavía quedan desafíos. Se considera necesario que el enfoque de tratamiento con los pacientes sea más holístico y que la formación de los profesionales sanitarios sea más específica, teniéndose en cuenta la carga de trabajo adicional que aporta el manejo de este tipo de usuarios (6). Se aboga por un equipo multidisciplinar en el que la asistencia al usuario también incluya a otros profesionales que brinden una atención individual y personalizada en el ámbito tanto médico como social.

También sería importante seguir ampliando la red de tratamiento; así como los centros que dispensan metadona y las salas de consumo. Además, existe la necesidad de actualizar estos centros del PMM con el fin de adecuarlos al nuevo perfil de usuario.

Se cree necesario seguir trabajando entorno al estigma social que rodea al consumidor de metadona permitiéndole acceder a recursos de dispensación menos estigmatizados, normalizando el tratamiento y favoreciendo la inclusión laboral de los mismos.

Por último, en lo que respecta al papel de enfermería entorno al PMM, resaltar la importancia de seguir actualizándose dentro del campo, con el fin de que los cuidados proporcionados sean lo más específicos posible y así lograr una mayor adhesión por parte de los consumidores y una mejor relación terapéutica. Relacionado con esto, destacar que cuanto mayor sea el conocimiento y formación respecto a este tipo de pacientes, menor es el estigma que se pueda tener hacia ellos. Remarcar que los profesionales que ejercen un contacto más directo con los pacientes en PMM son los enfermeros, ahí radica la importancia de conocer el funcionamiento y la evolución que ha tenido dicho programa desde su inicio hasta la actualidad.

Bibliografía

1. Calvo F, Turró O, Giralt C. El consumo activo de drogas de pacientes incluidos en un programa de tratamiento de mantenimiento con Metadona. *Rev Trab Soc y Salud* [Internet]. 2014;79(July 2017):57–68. Available from: https://www.researchgate.net/publication/318380723_El_consumo_activo_de_drogas_de_pacientes_incluidos_en_un_programa_de_tratamiento_de_mantenimiento_con_metadona
2. Agència de Salut Pública de Catalunya Sub-direcció General de Drogodependències. Canal Salut > Drogues Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya [Internet]. Cataluña; 2019 [cited 2020 Mar 11]. p. 114. Available from: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/Informe_2018_SIDC_ok.pdf
3. G.Dávila JFN. Efectos conductuales de la metadona. *Rev Española Drog* [Internet]. 1998 [cited 2020 Mar 11];2:20. Available from: https://www.aesed.com/descargas/revistas/v23n2_1.pdf
4. Albertín P. La perspectiva de los usuarios en un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos [Internet]. Girona; 2000 [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/63248.pdf>
5. Gutierrez, S; Vicente, Ana María; Garcia N et al. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias [Internet]. Madrid, España; 2015 [cited 2020 Mar 11]. p. 99. Available from: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>
6. Ruiz M. Manual de drogodependencias para enfermería [Internet]. Diaz de Sa. Juan Bravo, editor. Madrid: Consejería de sanidad de Madrid; 2002 [cited 2020 Apr 23]. 134–148 p. Available from: <https://www.univermedios.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-de-drogodependencias-para-enfermeria-M-Martinez-2002-pdf.pdf>
7. Generalitat de Catalunya. Recorrido Histórico. Drogas [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 11]. p. 1. Available from: http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/opiacis/recorregut_historic/
8. Escudero M. Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona. *Adicciones* [Internet]. 2000 Sep 15 [cited 2020 Mar 24];12(3):383–94. Available from: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/649>

9. De La Fuente L, Brugal T, Domingo A, et al. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. Vol. 80, Rev Esp Salud Pública. Madrid; 2006.
10. Verster Annette BE. Manual de Metadona [Internet]. 2001 [cited 2020 Mar 11]. 58 p. Available from:
<http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesspa/guidelinesspa.htm>
11. Gutiérrez S, Pedraz A, Serrano P. Envejecer en un Programa de Mantenimiento con Metadonna. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud. vol 93 [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 21];13. Available from:
www.msc.es/resp
12. Torrens M, Fonseca F CC et al. Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach [Internet]. Bull World Health Organ. 2013 [cited 2020 Mar 21]. p. 136–41. Available from:
<http://web.b.ebscohost.com/sabidi.urv.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=d620ce56-efaf-4a6f-81de-537f788d0a6f%40pdc-v-sessmgr01>
13. Daigre C, Comín M, Rodríguez-Cintas L, Voltres N, Alvarez A, Roncero C, et al. Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias. Gac Sanit. 2010 Nov 1;24(6):446–52.
14. Caballero V, Zapata R. Educación y salud en grupos vulnerables [Internet]. Universidad de Almería; 2019 [cited 2020 Mar 12]. Available from:
https://books.google.com.pe/books?id=U26MDwAAQBAJ&pg=PA143&lpg=PA143&q=+Ayudar+al+cuidador+a+aprender+las+responsabilidades+que+acaba+de+asumir.&source=bl&ots=G2K-9EjSw3&sig=ACfU3U1PfgL7Mnwp_AOAh9CX6UZZ000MvA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiDwprdtffkAhVPKqwK
15. Generalitat de Catalunya. Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos. Drogas [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 11]. p. 1. Available from:
<http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/opiacis/>
16. Guirao SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 1];9(2):0–0. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002
17. Universitat Oberta de Catalunya. Els operadors booleans [Internet]. [cited 2020 May 14]. Available from: <http://biblioteca.uoc.edu/es/recursos/los-operadores-booleans>
18. Granero, Alberto; Escayola, Ana María; Muñoz MT et al. Influencia del Programa de Mantenimiento de Metadona en el contexto social, familiar y laboral en los adictos a opiáceos [Internet]. Influencia del Programa de Mantenimiento de Metadona en el contexto social, familiar y laboral en los adictos a opiáceos. 2012 [cited 2020 Mar 24].

- Available from: <http://www.index-f.com.sabidi.urv.cat//comunitaria/v8n1/ec7529.php>
19. Manzanera R, Torralba L, Brugal M, Armengol R, Solanes P, Villalbí JR. Coping with the toll of heroin: 10 years of the Barcelona Action Plan on Drugs, Spain. *Gac Sanit.* 2000;14(1):58–66.
 20. Folch C, Casabona J, Espelt A, Majó X, Meró no M, Gonzalez V, et al. Gender differences in HIV risk behaviours among intravenous drug users in Catalonia, Spain. *Gac Sanit [Internet]*. 2013 [cited 2020 Mar 24];27(4):338–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.02.006>

Anexos

Anexo I: Tablas de los datos extraídos del Plan Nacional sobre Drogas

Tabla 4: Siglas PND

TABLA DE SIGLAS (PND)	
AC	Agentes de calle
CAP	Centros de Atención Primaria
CC	Centros de Crisis
CP	Centros penitenciarios
CR	Cruz Roja
CS	Centros Sanitarios
CSM	Centros de Salud Mental
CT	Comunidades terapéuticas
CTD	Centros específicos de tratamiento por drogodependencias
DPS	Centros de Delegación Provincial de Salud
ES	Locales de emergencia social
F	Locales de farmacia
H	Centros hospitalarios
HP	Hospital Psiquiátrico
M	Máquinas dispensadoras
ONG	Locales de Organizaciones no gubernamentales
SC	Salas de consumo supervisado
SI	Salas de Inyección
UM	Centros de unidad móvil

Tabla 5: Plan Nacional sobre Drogas años 1986-1996

1ª década (PND)	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Pacientes en tratamiento con metadona a 31 de diciembre	-	-	-	1248	-	419	1656	2106	2806	3709	4913
Centros prescriptores (P)/dispensadores (D) de metadona y ambos (A)	1	11	- 15 P - 5 D	- 15 P - 5 D	- 14 P - 1 D - 8 A	- 10 P - 1 D - 2 A	- 14 P - 2 D - 24 A	- 13 P - 2 D - 25 A	- 9 P - 5 D - 31 A	- 8 P - 5 D - 35 A	- 4 P - 7 D - 48 A
Centros programa intercambio jeringas	-	-	-	-	-	Inicio	-	3	16	-	-
Distribución centros intercambio jeringas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pacientes en programa metadona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centros dispensadores metadona	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Programas salud sobre metadona	-	-	-	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Screening diagnóstico (ETS, hepatitis víricas, tuberculosis, infección por VIH) - Vacunación antihepatitis B - Seguimiento y/o derivación a centros especializados - Educación sanitaria 			

Tabla 6: Plan Nacional sobre Drogas años 1997-2007

2ª década (PND)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pacientes en tratamiento con metadona a 31 de diciembre	6274	7320	7915	8480	8931	8.949	8.858	8334	8441	7.564	8.050
Centros prescriptores (P)/dispensadores (D) de metadona y ambos (A)	- 9 P - 23 D - 42 A	- 9 P - 23 D - 42 A	- 9 P - 162 D - 42 A	- 9 P - 162 D - 42 A	- 11 P - 195 D - 45 A	- 10 P - 191 D - 47 A	- 10 P - 191 D - 47 A	- 10 P - 210 D - 47 A	- 9 P - 201 D - 50 A	-8 P -203 D -50 A	-7 P -208 D -50 A
Número jeringas dispensadas	241680	713381	434.715	963.674	1.298.691	1.418.183	1.396.815	1.423.023	836.019	746.778	746.778
Centros programa intercambio jeringas	--	--	--	--	--	790	798	744	748	745	745
Distribución de los centros intercambio de jeringas	--	--	--	-2 ES -648 F -78 CAP -15 AC -15 CTD - 17 CS	-2 ES -658 F - 82 CAP -15 AC -15 CTD - 17 CS	-2 ES -658 F - 83 CAP -16 AC -15 CTD -17 CS	-2 ES -664 F -84 CAP -16 AC -15 CTD -17 CS	-2 ES -614 F -86 CAP -18 AC -14 CTD -10 CS	-11 ES -600 F -84 CAP -13 AC -13 ONG -4 UM	-9 ES -602 F -88 CAP -15 AC -3 ONG -5 UM -17 CTD -5 H -1 M	-9 ES -602 F -88 CAP -15 AC -3 ONG -5 UM -17 CTD -5 H -1 M
Pacientes en programa metadona	--	--	--	--	--	-543 UM -1061 CP -947 F	-500 UM -1.086 CP -932 F	-487 UM -737 CP -984 F -5.326 CTD	-697 UM -901 CP -974 F -4.224 CTD	-466 UM -658 CP -936 F -4.287 CTD	-415 UM -715 CP -944 F -4.715

								-703 H -1 CT -96 CAP	-1.063 H -1 CT -390 CAP -35 CSM	-988 H -0 CT -12 CAP -66 CSM -133 DPS	CTD -739 H -0 CT -40 CAP -36 CSM -118 DPS
Centros dispensadores de metadona	--	--	-2 UM -11 CP -139 F	-2 UM -11 CP -139 F	-2 UM -11 CP -139 F	-2 UM -11 CP -176 F	-2 UM -11 CP -182 F	-5 CAP -43 CTD -12 H -2 UM -13 CP -181 F -1 CT	-9 CAP -31 CTD -15 H -3 UM -9 CP -184 F -1 CT -1 CSM	-10 CAP -44 CTD -12 H -2 UM -11 CP -181 F -2 CT -2 CSM -1 DPS	-13 CAP -41 CTD -9 H -2 UM -12 CP -180 F -2 CT -3 SM -1 DPS
Programas de salud sobre metadona	<ul style="list-style-type: none"> - Screening diagnóstico (ETS, hepatitis víricas, tuberculosis, infección por VIH) - Vacunación antihepatitis B - Seguimiento y/o derivación a centros especializados - Educación sanitaria 										

Tabla 7: Plan Nacional sobre Drogas años 2008-2018

3ª década (PND)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pacientes en tratamiento con metadona a 31 de diciembre	7.631	7.922	6.951	8.667	8.667	8.029	8.370	5.803	7.202	7.290	-
Centros prescriptores (P)/dispensadores (D) de metadona y ambos (A)	- 7 P - 203 D - 50 A	- 7 P - 215 D - 50 A	- 7 P - 215 D - 52 A	- 7 P - 195 D - 52 A	- 7 P - 180 D - 52 A	- 5 P - 26 D - 68 A	- 2 P - 27 D - 69 A	- 7 P - 195 D - 52 A	- 2 P - 53 A	- 2 P - 55 D - 41 A	-
Centros programa intercambio de jeringas	680	677	667	689	697	370	586	568	556	553	-
Distribución de los centros intercambio de jeringas	- 8 ES - 532 F - 90 CAP - 13 AC - 5 ONG - 4 UM - 18 CTD - 4 H - 2 M - 4 SC	- 11 ES - 530 F - 90 CAP - 7 AC - 7 UM - 20 CTD - 4 H - 2 M - 6 SC	- 11 ES - 530 F - 90 CAP - 7 AC - 3 ONG - 7 UM - 20 CTD - 4 H - 2 M - 6 SI	- 11 ES - 530 F - 90 CAP - 9 AC - 3 ONG - 6 UM - 20 CTD - 4 H - 2 M - 6 SI	- 11 ES - 530 F - 90 CAP - 13 AC - 5 ONG - 6 UM - 18 CTD - 4 H - 2 M - 11 SC - 11 CP	- 16 ES - 240 F - 11 AC - 7 UM - 36 CTD - 4 H - 3 M - SC 11 - 11 CP	- 16 ES - 425 F - 90 CAP - 11 AC - 3 ONG - 5 UM - 30 CTD - 6 CR - 3 M - 11 SI - 11 CP	- 16 ES - 405 F - 11 AC - 6 UM - 31 CTD - 6 CR - 3 M - 12 SI - 9 CP	- 16 ES - 405 F - 63 AP - 11 AC - 6 UM - 7 CR - 3 M - 12 SC	- 16 ES - 395 F - 75 AP - 6 AC - 7 UM - 7 CR - 3 M - 12 SC	-

Pacientes en programa metadona	- 415 UM - 336 CP - 911 F - 4.798 CTD - 793 H - 0 CT - 43 CAP - 33 SM - 118 DPS	- 286 UM - 995 CP - 819 F - 4.655 CTD - 7.881 H - 0 CT - 40 CAP - 29 SM - 217 DPS - 2 CC	- 336 UM - 768 CP - 782 F - 3.085 CTD - 2.749 H - 124 HP - 0 CT - 390 CAP - 72 CSM - 308 DPS - 0 CC	- 418 UM - 268 CP - 1.127 F - 4.498 CTD - 1.154 H - 0 CT - 3230 CAP - 0 CC	- 775 UM - 268 CP - 2.762 F	- 607 UM - 789 CP - 1.186 F	- 1.244 F	-88 UM -656 CP -706 F -16 AP -154 H	-653 CP -627 F	-274 UM -767 F -539 AP	-
Centros dispensadores de metadona	- 13 CAP - 42 CTD - 11 H - 2 UM - 12 CP - 182 F - 2 CT - 2 CSM - 1 DPS	- 16 CAP - 42 CTD - 11 H - 2 UM - 12 CP - 194 F - 2 CT - 3 CSM - 1 DPS - 1 CS	- 16 CAP - 44 CTD - 11 H - 2 UM - 12 CP - 193 F - 2 CT - 3 CSM - 1 DPS - 1 CC - 1 HP	- 16 CAP - 63 CTD - 11 H - 2 UM - 12 CP - 175 F - 2 CT - 1 CC	- 6 UM - 160 F - 12 CP	- 6 UM - 162 F - 14 CP	- 166 F - 2 UM - CAP 18	- 2 UM - 163 F - 19 CAP - CP 8	- 2 UM - 160 F - 19 CAP - 10 CP - 14 H	- 2 UM - 156 F - 18 CAP - 9 CP - 14 H	-
Programas de salud sobre metadona	- Screening diagnóstico (ETS, hepatitis víricas, tuberculosis, infección por VIH) - Vacunación antihepatitis B - Seguimiento y/o derivación a centros especializados - Educación sanitaria										

Anexo II: Tablas de los datos extraídos del Sistema de Información sobre Drogodependencias.

Tabla 8: Siglas SID

TABLA DE SIGLAS (SID)	
a	Años
CA	Vive con amigos
CP	Vive con sus padres
D	Desconocido
EP/SN	Estudios primarios/sin estudios
ES	Estudios secundarios
EU	Estudios universitarios
H	Género hombre
INT	Vía de administración intranasal
INY	Vía de administración inyectada
M	Género mujer
NT	Situación laboral no trabaja
O	Otros
P	Vive con pareja
PUL	Vía de administración pulmonar
S	Vive solo
T	Situación laboral trabaja

Tabla 9: Sistema de Información sobre Drogodependencias años 1991-2001

1ª década (SID)	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Inicio de tratamiento por consumo de heroína respecto a otras drogas	51%	53%	50,1%	47%	43,8 %	42,3%	37,8%	34,8%	29,8%	30,1%	26,5%
Distribución por sexos del inicio de tratamiento por consumo de heroína	-H: 79% -M: 20,9%	-H: 78,6% -M: 21,4%	-H: 78,4% -M: 21,6%	-H: 80,3% -M: 19,7%	-H: 78,9% -M: 21,1%	-H: 80,6% -M: 19,4%	-H: 79,9% -M: 20,1%	-H: 80,8% -M: 19,2%	-H: 81,6% -M: 18,4%	-H: 80,3% -M: 19,7%	-H: 82% -M: 18%
Rango de edad de mayor demanda consumo de heroína	25-29 a	25-29 a	30-34 a	25-29 a	25-29 a	25-29 a	25-29 a	25-29 a	30-34 a	30-34 a	30-34 a
Vía de administración de la heroína al iniciar tratamiento	-INY: 2.997 -PUL: 153 -INT: 507	-INY: 3.595 -PUL: 267 -INT: 1.080	- INY: 3.612 - PUL: 434 - INT: 829	-INY: 3.385 -PUL: 548 -INT: 841	-INY: 3.238 -PUL: 682 -INT: 824	-INY: 2.918 -PUL:783 -INT: 1.022	-INY:2.439 -PUL:872 -INT: 942	-INY: 2.228 -PUL: 912 -INT: 893	-INY: 1.891 -PUL: 878 -INT: 879	-INY: 1.730 -PUL: 926 -INT: 923	-INY: 1.458 -PUL: 985 -INT: 753

Mortalidad por reacciones adversas relacionadas con uso opiáceos ilegales	357	320	306	254	178	3.475 (SIDA)	4.084 (SIDA)	4.331 (SIDA)	4.593 (SIDA)	4.802 (SIDA)	4.871 (SIDA)
Total de inclusiones en PMM	--	1.401	2.533	2.806	3.551	5.088	6.118	6.627	7.120	7.502	7.356
Distribución por sexos de inclusiones en PMM	--	-H: 75,4% -M: 24,6%	-H: 77,3% -M: 22,7%	-H: 79,3% -M: 20,7%	-H: 77,9% -M: 22,1%	-H: 80,1% -M: 19,9%	-H: 79,6% -M: 20,4%	-H: 81,3% -M: 18,7%	-H: 83,4% -M: 16,6%	-H: 82,6% -M: 17,4%	-H: 83,9% -M: 16,1%
Distribución por rango de edad de inclusiones en PMM	--	25-29 a	25-29 a	25-29 a	25-29 a	25-29 a	25-29 a	25-29 a	30-34 a	30-34 a	30-34 a
Casos nuevos de VIH en personas que se inyectan drogas	565	506	445	567	--	5.876 (total)	6.605 (total)	6.969 (total)	7.320 (total)	7.619 (total)	7.858 (total)
Distribución por sexos de casos de VIH en personas que se	-H: 79,8% -M: 20,2%	-H: 76,9% -M: 23,1%	-H: 368 -M: 77 *	-H: 477 -M: 90 *	--	-H: 80,9% -M: 19,1%	-H: 80,8% -M: 19,2%	-H: 80,7% -M: 19,3%	-H: 80,7% -M: 19,3%	-H: 80,7% -M: 19,3%	-H: 80,5% -M: 19,5%

inyectan drogas											
Edad media en tratamiento PMM por sexos	--	-H: 25-29 a -M: 25-29 a	-H: 30-34 a -M: 25-29 a	-H: 30-34 a -M: 25-29 a	-H: 30-34 a -M: 30-34 a	-H: 30-34 a -M: 30-34 a	-H: 30-34 a -M: 30-34 a				
Situación laboral en consumidores de heroína que inician tratamiento	-T: 26,7% -NT: 67,8% -D: 5,5%	-T: 25,8% -NT: 71,1% -D: 3,1%	-T: 22,1% -NT: 75,4% -D: 2,5%	-T: 22,1% -NT: 74,7% -D: 3,2%	-T:22,3% -NT: 75% -D: 2,7%	-T:23.1% -NT: 73,2% -D: 3,7%	-T:26,4% -NT: 71% -D: 2,6%	-T: 27,9% -NT: 69,6% -D: 2,5%	-T:31,1% -NT: 65,9% -D: 3%	-T: 33% -NT: 63,8% -D: 3,2%	-T: 33% -NT: 63,1% -D: 3,9%
Nivel de estudios en consumidores de heroína que inician tratamiento	- EP/SE:4 4,7% - ES: 43% - EU: 0,4% - D: 11,9%	- EP/SE:4 9,7% - ES: 45,4% - EU: 0,7% - D: 4,1%	- EP/SE:52, 7% - ES: 42,8% - EU: 0,8% - D: 3,8%	- EP/SE:54, 1% - ES: 41,8% - EU: 0,9% - D: 3,2%	- EP/SE:53, 6% - ES: 43,3% - EU: 0,5% - D: 2,5%	- EP/SE:56, 9% - ES: 40,4% - EU: 0,6% - D: 1,9%	- EP/SE:54, 5% - ES: 42,3% - EU: 0,8% - D: 2,4%	- EP/SE:52, 4% - ES: 44,1% - EU: 0,7% - D: 2,8%	- EP/SE:53, 6% - ES: 43,8% - EU: 0,3% - D: 2,3%	- EP/SE:53, 4% - ES: 43,9% - EU: 0,3% - D: 2,4%	- EP/SE:5 0% - ES: 47,3% - EU: 0,1% - D: 2,6%

Distribución por sexos del nivel de estudios en consumidores de heroína que inician tratamiento	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Convivencia en pacientes que inician tratamiento	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Número de pacientes.

Tabla 10: Sistema de Información sobre Drogodependencias años 2002-2012

2ª década (SID)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Inicio de tratamiento por consumo de heroína respecto a otras drogas	20,4%	17,5 %	14,8 %	13,7 %	13,6 %	13,7 %	12,8 %	12,92 %	12,53 %	12,59 %	11,92%
Distribución por sexos inicio de tratamiento por consumo de heroína %	- 81,9% H - 18,1% M	1940 H / 464 M *	1740 H / 408 M *	1615 H / 340 M *	1570 H / 334 M *	1511 H / 345 M *	--	--	--	--	--
Rango de edad de mayor demanda de consumo de heroína	25-29 a	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Vía de administración de la heroína al iniciar tratamiento	- 1.046 INY - 800 P - 719 INT	- 1052 INY - 691 P - 530 INT	- 909 INY - 667 P - 456 INT	- 795 INY - 677 P - 422 INT	- 762 INY - 650 P - 417 INT	- 695 INY - 616 P - 407 INT	--	--	--	--	--
Mortalidad por reacciones adversas relacionadas con uso opiáceos ilegales	4.035 (VIH)	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Total de inclusiones en PMM	6.665	8858	8334	8441	7768	8050	7639	7103	7214	8055	7103

Distribución por sexos de inclusiones en PMM	- 84% H - 16% M	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Distribución por rango de edad de inclusiones en PMM	30-34 a	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Casos nuevos de VIH en personas que se inyectan drogas	8058 **	146	132	122	91	81	68	74	65	53	43
Distribución por sexos de casos de VIH en personas que se inyectan drogas	- 80,5% H - 19,5% M	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Edad media en tratamiento PMM por sexos	- 30-34 a H - 30-34 a M	30-34 a	30-34 a	30-34 a	35-39 a	35-39 a	36 a	37 a	37 a	37 a	39 a
Situación laboral en consumidores de heroína que inician tratamiento	- 30,6% T - 46,7% NT - 2,9% D	- 28,5% T - 67,8% NT - 3,7% D	- 29,1% T - 68,4% NT - 2,5% D	- 28,3% T - 68,1% NT - 3,6% D	- 30,9% T - 66,3% NT - 2,8% D	- 32,2% T - 65,2% NT - 2,6% D	- 45,4% H / 38,8% M (T) - 52,4% H / 58,6% M (NT) - 2,2% H / 2,6% M (D)	- 21,5% T - 75,4% NT - 3,1% D	- 18,40% T - 79,03% NT - 2,57% D	- 18,10% T - 79,44% NT - 2,46% D	- 14,28% T - 75,72% NT - 10,01% D

Nivel de estudios en consumidores de heroína que inician tratamiento	- 51,9% EP/SE - 45,8% ES - 0,3% EU - 2% D	- 55,3% EP/SE - 41,8% ES - 0,3% EU - 2,6% D	- 52% EP/SE - 46,2% ES - 0,2% EU - 1,7% D	- 54,8% EP/SE - 43,3% ES - 0,2% EU - 1,8% D	- 49,4% EP/SE - 47,8% ES - 0,8% EU - 1,9% D	- 51% EP/SE - 45,9% ES - 0,2% EU - 2,9% D	- 53,1% EP/SE - 40% ES - 4,1% EU - 2,8% D	--	--	--	--
Distribución por sexos del nivel de estudios en consumidores de heroína que inician tratamiento	--	--	--	--	--	--	--	- 57% H / 46,3% M (EP/SE) - 37,4% H / 45,1% M (ES) - 3,1% H / 5,5% M (EU) - 2,4% H / 3,1% M (D)	- 54,21% H / 45,63% M (EP/SE) - 39,51% H / 42,50% M (EU) - 3,84% H / 10,31% M (EU) - 2,44% H / 1,56% M (D)	- 46,69% H / 38,18% M (EP/SE) - 46,14% H / 52,36% M (ES) - 3,45% H / 6,42% M (EU) - 3,72% H / 3,04% M (D)	- 54,23% H / 46,90% M (EP/SE) - 39,97% H / 44,96% M (ES) - 3,87% H / 5,81% M (EU) - 1,93% H / 2,33% M (D)
Convivencia en pacientes que inician tratamiento	--	--	- 16,6% S - 9,3% P - 22% CP	- 16,9% S - 8,4% P - 19,6% CP	- 17,6% S - 8,7% P - 20,3% CP	- 21,6% S - 9,3% P - 18,9% CP	--	- 36,48% S - 9,41% P - 15,19% CP	- 15,10% S - 14,22% P - 22,26% CP	- 12,38% S - 11,91% P - 22,85% CP	- 13,69% S - 11,28% P - 23,78% CP

			- 5,6% CA	- 5,5% CA	- 5,9% CA	- 10,3% CA		- 3,33% CA	- 3,29% CA	- 2,99% CA	- 2,78% CA
			- 24,9% O	- 26,6% O	- 28,2% O	- 29,8% O		- 25% O	- 38,87% O	- 34,98% O	- 32,09% O
			- 21,6% D	- 23% D	- 19,3% D	- 10,1% D		- 10,59% D	- 6,26% D	- 14,89% D	- 16,38% D

* Número de pacientes

** Casos totales.

Tabla 11: Sistema de Información sobre Drogodependencias años 2013-2018

3ª década (SID)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Inicio de tratamiento por consumo de heroína respecto a otras drogas	12,03%	12,29%	12,21%	11,08%	12,79%	11%
Distribución por sexos del inicio de tratamiento por consumo de heroína	--	--	--	--	--	--
Rango de edad de mayor demanda consumo de heroína	--	--	--	--	--	--
Vía de administración de la heroína al iniciar tratamiento	--	- INY: 41008 - PUL: 8820 - INT: 149	- INY: 33823 - PUL: 8880 - INT: 978	- INY: 39917 - PUL: 8951 - INT: 1572	- INY: 36421 - PUL: 6122 - INT: 1958	- INY: 37222 - PUL: 12968 - INT: 1279
Mortalidad por reacciones adversas relacionadas con uso opiáceos ilegales	--	--	--	--	--	--
Total de inclusiones en PMM	8029	8062	7452	7670	7482	7557

Distribución por sexos de inclusiones en PMM	--	--	--	--	--	--
Distribución por rango de edad de inclusiones en PMM	--	--	--	--	--	--
Casos nuevos de VIH en personas que se inyectan drogas	52	20	16	36	30	--
Distribución por sexos de casos de VIH en personas que se inyectan drogas	--	--	--	--	--	--
Edad media en tratamiento PMM por sexos	38 años	- H: 39 a - M: 37 a	- H: 40 a - M: 39 a	- H: 40 a - M: 38 a	- H: 41 a - M: 41 a	- H: 40,4 a - M: 41,6 a
Situación laboral en consumidores de heroína que inician tratamiento	-T: 12,87% -NT: 75,61% -D: 11,52%	-T: 19,35% - NT: 68,06% -D: 12,59%	-T: 12,30% - NT: 75,58% - D: 12,12%	-T: 23,83% -NT: 69,89% -D: 6,28%	-T: 13,97% -NT: 75,43% - D: 10,60%	-T: 15,1% -NT: 78,9 -D: 6%

Nivel de estudios en consumidores de heroína que inician tratamiento	--	--	--	--	--	--
Distribución por sexos del nivel de estudios en consumidores de heroína que inician tratamiento	-EP/SE→ H: 53,34% M: 45,15% -ES → H: 41,52% M:46,64% -EU→ H:2,88% M: 5,97% -D→ -H:2,26% -M:2,24%	-EP/SE→ H: 53,17% M: 44,32% -ES → H: 39,81% M:45,45% -EU→ H:2,55% M: 6,44% -D→ -H:4,48% -M:3,79%	-EP/SE→ H: 52,28% M: 41,33% -ES → H: 34,92% M:38,67% -EU→ H:3,25% M: 8,33% -D→ -H: 9,54% -M: 11,67%	-EP/SE→ H: 51,49% M: 47,66% -ES → H: 38,70% M: 37,50% -EU→ H:3,30% M: 9,38% -D→ -H: 6,51% -M: 5,47%	-EP/SE→ H: 39,39% M: 50,58% -ES → H: 46,97% M: 35,15% -EU→ H:6,06% M: 3,73% -D→ -H: 7,58% -M: 10,54%	-EP/SE→ H: 56,7% M: 42,6% -ES → H: 31,1% M: 42% -EU→ H:3,7% M: 6,9% -D→ -H: 8,4% -M: 8,5%
Convivencia en pacientes que inician tratamiento	- S: 12,38% - P: 11,91% - CP: 22,05% - CA: 2,99% - O: 35,78% - D: 14,89%	- S: 14,26% - P: 12,45% - CP: 10,62% - CA: 2,66% - O: 55,47% - D: 4,54%	- S: 17,24% - P: 11,25% - CP: 21,82% - CA: 3,16% - O: 35,41% - D: 11,12%	- S: 18,92% - P: 9,37% - CP: 16,61% - CA: 2,65% - O: 49,97% - D: 4,48%	- S: 18,12% - P: 12,17% - CP: 22,78% - CA: 3,33% - O: 39,45% - D: 4,15%	- S: 21,4% - P: 10,9% - CP: 17,1% - CA: 7,3% - O: 31,6% - D: 11,7%

Anexo III: Tablas resumen de los artículos seleccionados.

<p>Artículo I: Envejecer en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud</p> <p>Año 2019</p>	
<p>Objetivo del estudio: Conocer el perfil socio-demográfico y clínico así como la percepción de la influencia del tratamiento en su envejecimiento.</p>	
<p>Resultados</p>	
<p>Amistades</p>	<p>El consumo de sustancias y lo que genera a su alrededor; como son las actividades delictivas, impiden que forjen relaciones sociales fuera de su ambiente de consumo, lo que les dificulta en la actualidad para tener un círculo de personas iguales no consumidoras.</p>
<p>Familia</p>	<p>Afecta a su vida familiar y a sus hijos, lo que conlleva pérdidas de apoyos importantes y les produce aislamiento y marginación.</p>
<p>Sociedad</p>	<p>El estigma que acompaña a las personas que consumen heroína y al de los propios tratamientos con metadona, les condiciona el reconocer que están tomando ésta por “lo que puedan pensar”.</p> <p>Esto dificulta sus relaciones con los demás, debido al concepto que ellos mismos tienen de cómo les ven y a la etiqueta que perciben de que siempre se les va a considerar drogadictos, incluyendo al personal sanitario que no trabaja específicamente con esta población.</p> <p>Esto hace que las personas que toman metadona tengan un sentimiento ambivalente hacia ésta.</p>

Artículo II: Influencia del Programa de Mantenimiento de Metadona en el contexto social, familiar y laboral en los adictos a opiáceos Año 2012	
Objetivo del estudio: Explorar que cambios se observan en el contexto social, familiar y laboral en usuarios del PMM.	
Resultados	
Relaciones familiares en el consumidor de heroína.	<p>Hay un deterioro de las relaciones con los familiares de primer grado en todos los casos.</p> <p>Se ha observado que es mayor el distanciamiento del consumidor de heroína con los hermanos y menor con los padres.</p> <p>Los factores que influyen en el deterioro de las relaciones familiares son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los actos - Comportamientos posturas y/o posicionamientos inadecuados del adicto - La ausencia de voluntad para dejar de consumir - Los fracasos reiterados en los distintos tratamientos - Los años de evolución
Relaciones familiares en el usuario en PMM.	<p>La reconstrucción de las relaciones con familiares de primer grado es algo que se refleja en todos.</p> <p>La intensidad y el tiempo de reconstrucción varía en función de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La relación de parentesco (es más rápido e intenso en los padres que en los hermanos). - Duración del consumo (cuando es mayor a 5 años la recuperación es más lenta). <p>Se observan actitudes y comportamientos de apoyo, confianza, interés, aproximación, etc.</p> <p>El factor determinante en la reconstrucción de las relaciones familiares es la voluntad y abandono del consumo de heroína.</p>
Relaciones de amistad en el	<p>Hay un deterioro de las relaciones de amistad previas no vinculadas al consumo.</p> <p>Las nuevas relaciones están vinculadas al consumo de heroína y en ningún caso fuera del entorno de consumo.</p> <p>Las amistades previas evolucionan en dos direcciones opuestas, una de apoyo, y otra de distanciamiento y/o pérdida, que se justifica por el cambio de prioridades del consumidor para el que <i>"lo primero es el consumo"</i>.</p>

consumidor de heroína.	
Relaciones de amistad en el usuario en PMM.	<p>La reconstrucción de las relaciones de amistad previas no vinculadas al consumo es prácticamente inexistente y además hay distanciamiento de las relaciones vinculadas al consumo.</p> <p>No consideran amigos a los que consumían con ellos, dicen que el único nexo de unión era la heroína y adoptan actitudes de defensa y protección para evitar recaídas.</p>
Relaciones en el ámbito laboral del consumidor de heroína.	<p>Existe pérdida de uno o varios empleos.</p> <p>Hay opiniones distintas entorno a la dificultad para encontrar nuevos trabajos.</p> <p>La pérdida del lugar de trabajo está determinada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento en el horario de trabajo y/o falta de asistencia que generalmente es consecuencia del síndrome de abstinencia - Rendimiento inadecuado - Bajas laborales - Provocación de problemas para inducir al despido, etc.
Relaciones en el ámbito laboral en el usuario en PMM.	<p>Tienen percepción de mejoría a nivel laboral, pero son pocos los que consiguen un trabajo.</p>

Artículo III: Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona.
Año 1999

Objetivo del estudio: Analizar la evolución de las complicaciones asociadas al consumo como son la mortalidad por reacción adversa y la incidencia del VIH.
Datos empíricos
Los casos de SIDA muestran el máximo incremento entre 1986 y 1987. A partir de 1990, la incidencia de SIDA muestra en Barcelona un estancamiento, y tras 1994 un declive.
1991 --> 5,53% de infección anual. 1996 --> 2,49% de infección anual.

Artículo IV: La perspectiva de los usuarios en un Programa de Mantenimiento con Metadona: elementos evaluativos Año 2000	
Objetivo del estudio: Realizar una evaluación cualitativa sobre el uso y tratamiento con metadona.	
Características del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - 113 personas usuarios de opiáceos - 35 usuarios como mínimo 9 meses en el programa - 12 meses - Año 2000
Variables que se tienen en cuenta del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo en tratamiento - Edad y sexo - Ocupación laboral - Contexto social familiar
Resultados	
Valoración de la metadona y sus efectos	Consideran la metadona como sustancia que les quita el "mono", aunque muchos, temen más el " <i>mono</i> " de la metadona, que de la heroína.

	Los pacientes son conscientes de la necesidad de seguir tomando la metadona; aunque lo consideran como " <i>seguir tomando droga</i> ".
Valoración de las actuales condiciones y forma de vida	<p>La sustitución de heroína por metadona es visto como un remedio temporal. Unos lo ven como un momento para poder reorganizar su vida y otros porque están en un mal momento para conseguir otras drogas.</p> <p>El grupo más numeroso, había normalizado comportamientos cotidianos, pero seguían recurriendo a otras drogas de vez en cuando.</p> <p>Las personas que seguían con el ritmo de vida relacionado con drogas y tráfico no tenían una buena adherencia al PMM.</p> <p>Los usuarios refieren que al tener menos actividad para conseguir la metadona que la heroína, tienen tiempo de realizar otras actividades, o de cortar otras como la prostitución.</p>
Valoración de las actuales relaciones sociales	<p>Cuando un miembro entra en el PMM, las parejas amistosas y amigos cambian, ya que no comparten el mundo de la heroína y no pasan ese "<i>tiempo juntos</i>".</p> <p>El engranaje social para conseguir la heroína ya no es necesario al entrar en el PMM.</p> <p>El usuario tiene que buscar una nueva red social con gente no consumidora; aspecto difícil ya que en muchos casos es notable el deterioro físico y en las habilidades sociales.</p>
Valoración del estado de salud actual	<p>Cuando consumían heroína los cuidados de higiene y cuidados específicos, pasaban a un segundo plano.</p> <p>Los pacientes refieren encontrarse mejor y tener más tiempo para cuidarse desde que comenzaron con la metadona.</p>
Valoración del proceso de acceso, tratamiento y seguimiento en los PMM	Los pacientes buscan al entrar en el programa una solución inmediata, después de haber llegado a un punto límite con la heroína.

Artículo V: Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un Programa de Mantenimiento con Metadona en Barcelona. Año 1990	
Objetivo del estudio: Analizar la evolución y modificaciones realizadas durante el PMM; conocer la situación personal y social de los participantes; y conocer la situación de los que ya no están en el PMM.	
Resultados	
Los cambios más notables se dan en los 9 primeros meses del PMM. Las mejoras de estos primeros meses, parecen mantenerse durante los 4 años; tanto en las áreas sociales (familia, amigos...) como en las conductas de riesgo y criminalidad.	
Relaciones interpersonales	Un 75% de la muestra ha referido que su relación familiar ha mejorado; y un 85% refiere recibir ayuda de sus familiares. Un 45% ha ampliado su red social y ha cambiado sus amistades.
Salud, higiene y conductas de riesgo	Un 65% de los usuarios opinan que su salud ha mejorado en sus primeros 9 meses y al cabo de los 4 años. Las sobredosis desaparecen en un 95%. A los 4 años ninguno de los pacientes acepta compartir las jeringuillas, incluidos los que consumen esporádicamente (20%). A los 4 años, el 90% han aumentado más de 6 kg.
Actividades delictivas	En los 4 años, se reduce de 31,53 delitos (en 6 meses antes del PMM) a 3,17. La conducción bajo los efectos de la metadona o drogas no se ve disminuido a los 9 meses, pero sí a los 4 años.
Economía personal	Disminuyen los ingresos por trabajos ilegales y aumenta el procedente de familia, pensiones o prestaciones sociales. "Pedir limosna" se reduce a los 9 meses y casi ha desaparecido a los 4 años.

Artículo VI: Efectos conductuales de la metadona.
Año 1998
Objetivo del estudio: Conocer cuáles son las principales acciones conductuales de la metadona.
Resultados
La administración a dosis altas de metadona disminuye las conductas agresivas.
El incremento de la motilidad y las alteraciones producidas por el opiáceo pueden provocar

Artículo VII: Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach.	
Año 2013	
Objetivo del estudio: Describir la influencia de las leyes españolas sobre el mantenimiento con agonistas opioides respecto la salud de las personas dependientes a la heroína, incluyendo las tasas de infección por VIH.	
Resultados	
Características de los centros	Dispensadores/Prescriptores/Ambos. Los centros que dispensan solo suelen encontrarse en CAPs mientras que el resto en lugares donde se atiende la dependencia a otras drogas.
Tratamiento de mantenimiento con metadona <i>(opioid agonist maintenance treatment - OAMT)</i>	Caracterizado por: - Un diagnóstico de la dependencia de los opiáceos es el único criterio de elegibilidad. - La dosis de opioides es individualizada de acuerdo con el curso clínico, sin ningún límite superior; - El tratamiento es tan largo como sea necesario y se fomenta el OAMT a largo plazo; - Se recomienda una pauta para seguir en casa y se toman decisiones individualizadas, por razones clínicas; - En la mayoría de los centros, la violencia, el consumo y el tráfico son los criterios para el despido forzoso, aunque el personal se esfuerza por transferir el paciente a otro centro para que continúe el tratamiento.

	<p>- La suspensión de la OAMT se decide por acuerdo entre los miembros del equipo del centro y el paciente de acuerdo con consideraciones personales y sociales y parámetros clínicos.</p> <p>La mayoría de los centros que participan en el PMM también proporcionan pruebas de detección para la infección del VIH, el virus de la hepatitis C, virus de la hepatitis B (VHB) y tuberculosis, así como vacunación contra el VHB. También supervisan tratamiento diario para estas condiciones si fuese necesario.</p>
PMM en las prisiones	<p>Las personas dependientes de la heroína que fueron al PMM a menudo tenían problemas con la ley y terminaban encarcelados. La ley aprobada en 1990 incluía un párrafo sobre el uso de la metadona en las prisiones y, desde diciembre 1999, el PMM ha estado disponible en casi todas las prisiones. Esto hace posible que los reclusos puedan iniciar o continuar el PMM en una comunidad después de ser liberados.</p>
Evolución del PMM	<p>Después del cambio de la legislación que tuvo lugar en 1996, se produjo un gran aumento en el número de los pacientes con PMM, un aumento de centros de metadona, y un importante aumento de la disponibilidad del PMM en prisiones.</p> <p>En 1992, el número aumentó progresivamente hasta 2001, Desde entonces, el número ha disminuido.</p> <p>En 2007 se alcanzó el pico de personas en PMM y a raíz de ahí comenzó el descenso progresivo.</p> <p>Un estudio demostró que la retención en el PMM era del 72% a partir de los 44 meses en tto.</p>
Impacto en la mortalidad y morbilidad	<p>Se ha demostrado una disminución de la mortalidad asociada con el PMM; la mayoría de decesos por sobredosis no estaba en PMM en el momento de la muerte. Además, se produjo una disminución constante en el número de nuevos casos de VIH relacionados con la inyección de drogas ilícitas.</p>
Impacto en la calidad de vida	<p>La disponibilidad del PMM ha dado lugar a una mejora de la calidad de vida para las personas que dependen de heroína. Un estudio mostró que esta mejora fue sustancial después de sólo 30 días de tratamiento.</p>

Artículo VIII: Diferencias de género en los comportamientos de riesgo de VIH entre los usuarios de drogas intravenosas en Cataluña, España

Año 2013

Objetivo del estudio: Describir diferencias de género en las conductas de riesgo sexual y parenteral, y en la prevalencia de los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la hepatitis C (VHC) en los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en Cataluña.

Resultados

VIH y VHC

Se demostró diferencias entre los Usuarios de Drogas Inyectadas (UDI) masculinos y femeninos con respecto a los comportamientos de riesgo sexual, pero no se pudo encontrar diferencias relacionadas con los comportamientos de riesgo de inyección.

Las mujeres tenían tasas más altas de conductas de riesgo sexual que los UDI masculinos.

Asociado a:

- Mayor número de parejas estables UDI
- Sexo a cambio de dinero/drogas

Mayor prevalencia de ITS observada en mujeres, en comparación con hombres.

Los servicios de salud sexual y reproductiva deberían incorporarse mejor en los servicios de reducción de daños y tratamiento de drogas.

Anexo IV: Algoritmos de búsqueda.

