

Análisis de un programa público de metadona de dos años.

Dra. Anni Mino. Patricia Dumont.

Dra. Bárbara Broers. Arnaud Bousquet.

Traducido por Antonio Muñoz.

1.- Primera parte: Síntesis de la literatura sobre la eficacia de los tratamientos con metadona.

Introducción.

Los objetivos de este informe son triples:

- 1) revisar los estudios referentes a la eficacia de los tratamientos de sustitución con metadona oral en la literatura internacional referenciados como "medline".
- 2) repasar los informes y artículos disponibles actualmente sobre cohortes de pacientes ginebrinos. Estos estudios incluyen lo esencial de las descripciones de las poblaciones tratadas y su evolución durante el tratamiento. Algunos estudios analizan las características de los pacientes, los resultados predictivos de la salud en términos de reducción de riesgos infecciosos, de disminución del consumo de heroína ilegal y de éxito o fracaso del tratamiento.
- 3) describir el segundo estudio prospectivo y analítico de un programa público ginebrino, así como los resultados de un estudio paralelo llevado a cabo con el INSERM de Lyon, describiendo y analizando la calidad de vida de los pacientes durante la admisión y después de un año de tratamiento. El cuestionario utilizado ha sido validado previamente.

Este informe se ha concebido como primera etapa de investigaciones posteriores con vistas a comparar los resultados obtenidos con la literatura internacional en otros contextos socioculturales en términos de características de pacientes y características de programas correlacionados a resultados positivos de salud.

El estudio describe a los pacientes admitidos a tratamiento de metadona en el segundo programa público abierto en 1993 en Ginebra. El primer programa ha sido objeto de una tesis resumida en un artículo (del Río et al., 1995, 1997). Se trata de un estudio observacional prospectivo describiendo la población tratada, el impacto del programa y los factores predictores del éxito o del fracaso. Este estudio, no es propiamente hablando, evaluativo, en la medida en que los pacientes que abandonan el tratamiento, sea positiva o negativamente, no han sido comparados con los pacientes que quedan en programa.

1.1 Evaluaciones globales de los tratamientos con metadona.

Existen tres ensayos controlados (Dole & al., 1969; Newman et Whitehill, 1979; Gunne & Grönbladh, 1981) que comparan la eficacia del mantenimiento con metadona en términos de retención al tratamiento y de reducción en el uso de heroína con la ausencia de tratamiento (lista de espera). Estos estudios muestran una mejora netamente superior para los pacientes que han seguido un programa de mantenimiento con metadona (PMM). En el momento de introducirse esta modalidad terapéutica, este tipo de estudios no formaba parte de la cultura médica. Cuando el mantenimiento de metadona se transformo en una forma terapéutica pleno desarrollo, al principio de los años 70, ya no era políticamente aceptable negar un tratamiento a pacientes que podían beneficiarse. Habría sido posible proponer un protocolo para incluirlo en un tratamiento con metadona y otro tratamiento, porque el riesgo de una afluencia masiva de pacientes para obtener el tratamiento elegido, era máximo. Otros estudios controlados comparan diferentes tipos de tratamientos haciendo variar las dosis de metadona, la intensidad de las prestaciones o la duración de los tratamientos. (Vanichseni et al., 1991; Yancovitz et al., 1991; Strain et al., 1993). Estos se basan en períodos de observación demasitados breves para ser concluyentes.

Los estudios observacionales dan una validez externa (eficacia en condiciones reales) a los estudios controlados (Simpson & Sells, 1982; Anglin & al., 1984-1989; Hubbard, 1984,1989; Gaering & Schweitzer, 1974; Ball & Ross, 1991; General Accounting Office, 1990). Desde 1988, con la aparición de la epidemia del VIH, el estudio de Ball & al. (1988) demuestra igualmente que los tratamientos con metadona juegan un papel en la reducción de riesgos infecciosos por disminución de la heroínomanía y mejora en los comportamientos de inyección.

Los estudios mas recientes (Ball & Ross, 1991; GAO, 1990) demuestran importantes variaciones entre diferentes programas medidos en términos de retención, de consumo de heroína ilegal o de otras drogas. La retención en los estudios controlados es superior o igual al 70 % después de un año, mientras que no es mayor del 50% a 6 meses en los estudios observacionales recientes. Si el consumo de heroína se ha reducido significativamente en los estudios, los resultados son, a veces ,dudosos en algunos programas de metadona donde el consumo paralelo de heroína ilegal llega al 67%. Un problema metodológico queda abierto, todos los autores no definen de la misma manera la importancia del consumo.

Una explicación mayor puede resolver las diferencias de eficacia mas allá del aspecto "pionero" de todo estudio controlado, es la variabilidad de la calidad de los programas que están , a veces, muy alejados de las recomendaciones iniciales de Dôle & Nyswander. Las dosis de metadona son insuficientes; el paciente es sometido a presiones constantes para conseguir la abstinencia y pocos servicios psico-sociales están paralelos a la distribución de metadona. Por ultimo, las características ligadas a los pacientes han evolucionado: presentan mas problemas sociales, psicológicos y de politoxicomanía.

Actualmente, el estudio mas completo es el de Ball & Ross (1991). Demuestra la importancia de los factores relacionados a la organización de los programas terapéuticos. La retención al tratamiento esta en estrecha relación con la existencia de servicios de rehabilitación ofertados a los pacientes, con una filosofia orientada a largo plazo, con dosis

adecuadas de metadona,.... con directores muy competentes y equipos estables y acogedores. Los autores insisten sobre la primacía de los factores propios del programa sobre los factores ligados a los pacientes, de los cuales encuentran esencial la juventud en la edad de inicio de la toxicomanía, las conductas delincuentes preexistentes al tratamiento y el consumo de cocaína.

1.2 Análisis de las características del tratamiento y de los pacientes.

Hace 30 años, los primeros criterios de admisión eran: 21 años, 4 años de dependencia; fracasos repetidos de tratamientos anteriores; ausencia de politoxicomanía y de psicopatología grave.

Hoy día estos criterios se han flexibilizado aunque las condiciones varían de un contexto social a otro. Por ejemplo, en Ginebra, estos criterios se resumen en 18 años (excepto excepciones) y una dependencia confirmada. Excluir a los pacientes politoxicómanos equivaldría a reservar la metadona a una población de elite. Las psicopatologías graves se han transformado en indicaciones para los tratamientos, al igual que los pacientes que responden mal a otros tipos de tratamientos e incluso que han sido expulsados. La integración de pacientes graves en los tratamientos con metadona explica en parte sus resultados tan reducidos y hace necesarias serias mejoras sobre todo en servicios médico-psico-sociales.

Las tres variables del mantenimiento con metadona -duración, dosis, importancia y calidad de las intervenciones paralelas- tienden a volverse una autentica trilogía. Es importante guardar la hipótesis de que estos tres datos pueden, incluso, ser separables y deben ajustarse a las necesidades clínicas de los pacientes. Los estudios deben adaptarse a cada contexto socio-cultural.

1.2.1 Dosis.

La mayoría de los estudios muestran que las dosis inferiores a 60 mg. no representan dosis óptimas para la mayoría de pacientes. Están asociadas a tasas elevadas de abandonos y a consumos paralelos de heroína. (Caplehorn & Bell, 1991 et 1993; Ball & Ross, 1991). Este consenso se ha conseguido durante los años 80 después de una decena de discusiones en los Estados Unidos sobre la validez de dosis altas versus dosis bajas. Las dosis bajas son esencialmente actos de la ideología de los equipos terapéuticos o coacciones administrativas, mientras que las dosis de metadona debe ser un gesto clínico fijado por las necesidades del paciente. Dos estudios han demostrado el interés de una autorregulación de dosis por los mismos pacientes (Goldstein, 1975; Havassy & Hargreaves, 1979,1981).

Varios estudios correlacionan las variaciones individuales de las dosis con los factores ligados a los pacientes. Han observado una tendencia a las dosis altas de los pacientes con mas edad, consumiendo mas heroína, y/o presentando trastornos psiquiátricos o psicopatológicos importantes (Treece & Nicholson, 1980; Meltzer & Kast, 1980). Según ciertos autores (Berken & al., 1978; Verebey, 1982) estas observaciones corroborarían las propiedades antipsicóticas y ansiolíticas de la metadona.

1.2.2 Duración.

La revisión de la literatura muestra que la mayoría de los autores encuentra una correlación positiva entre retención al tratamiento, disminución de heroína ilegal y disminución de la delincuencia (Dole & Josef, 1978; Stimmel, 1977; Hubbard, 1989; Simpson, 1979-1981). Varios autores encuentran igualmente una correlación entre duración y resultados positivos al finalizar el tratamiento (Dole & Josef, 1978; Stimmel, 1978; Simpson, 1979). Dos autores no encuentran correlación entre duración y resultados del tratamiento (Cushman, 1978b; Judson & al., 1980). Según los estudios, el tiempo para obtener resultados significativos durante el tratamiento varía entre uno y tres años.

Los motivos para finalizar el tratamiento son variables. Algunos estudios demuestran que los pacientes que terminan de forma positiva, con el consentimiento del equipo, tiene muchas mas posibilidades que los demás, de obtener buenos resultados después del tratamiento. Stimmel & al. (1978) concluyen que los pacientes que abandonan el tratamiento sin el consentimiento del equipo tienen 5 veces mas posibilidades de recaída que los que lo terminan. La cuestión es saber si la duración del tratamiento en si mismo o las modificaciones positivas del paciente, constituyen los factores fundamentales para los resultados. Varios autores encuentran una asociación positiva entre cambios psicosociales del paciente durante el tratamiento y continuación de los resultados positivos después del tratamiento (Dole & Josef, 1978; McGlothlin & Anglin, 1981; Simpson & Sells, 1982).

Tres estudios (Anglin & al., 1989; McGlothlin & Anglin, 1981; Rosenbaum & al., 1988) concuerdan al demostrar que la imposición arbitraria de un limite de tiempo en los mantenimientos cualquiera que sean, por razones financieras o con la creencia de que la confrontación crea el nido de una mejor rehabilitación, no contribuye a mejorar los resultados para la mayoría de los pacientes y especialmente para los que tienen mas necesidad,

Ball & Ross (1991) muestran que los programas que tienen una política enfocada a largo plazo combinada con un encuadre de servicios médico-psico-sociales son mas eficaces.

1.2.3 Otros factores predictivos.

Los datos sociodemográficos tradicionales no señalan nada en particular, excepto que los pacientes con mas edad tienen mas tendencia a permanecer en tratamiento. La criminalidad, una toxicomanía importante, una politoxicomanía (abuso de alcohol, etc.) antes del tratamiento, y la psicopatología grave están relacionadas con tasa baja de retención al tratamiento (McLellan, 1983). Un empleo, un entorno familiar y social son predictores positivos de retención y de resultados positivos.

1.2.4 Tratamientos psicosociales y psicoterapias.

La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los toxicómanos, sugiere la pregunta sobre la relación entre la toxicomanía y la psicopatología. Meyer (1996) sugiere varias hipótesis:

una psicopatología previa puede conducir a la toxicomanía (instalación-mantenimiento); puede ser el resultado del abuso de la sustancia; puede estar asociada al abuso de la sustancia con un factor causal subyacente único; los dos trastornos coexisten sin ninguna relación entre ellos.

L'Epidemiologic Catchment Area (ECA-Regier & al. 1990), da prevalencias para trastornos psiquiátricos específicos que pueden servir de referencia a las comparaciones entre las poblaciones tratadas y no tratadas.

La prevalencia para todo trastorno psiquiátrico excepto alcohol y drogas, es de un 22,5 %. Los trastornos relacionados al alcohol están evaluados en el 13,5 % y los relacionados con las drogas en un 6 %. Solo el 0,7 % de la población refiere un trastorno relacionado al abuso de opiáceos. Comparados con la población general, los toxicómanos muestran un riesgo de trastorno psiquiátrico 7 veces superior. Cualquiera que sean los estudios de referencia, los toxicómanos a opiáceos presentan 5 veces mas riesgos de un trastorno afectivo, 3 veces mas riesgo para trastornos ansiosos y 13 veces mas riesgo para trastornos relacionados con el alcohol.

En Australia, Darke & al. (1993) et Swift & al. (1990) encuentran 60 % de psicopatología entre los toxicómanos evaluados por un cuestionario general de salud.

L'ECA (Regier & al. 1990) et Rounsaville & Kleber (1985) muestran que los toxicomanos en tratamiento tienen una tasa mas alta de psicopatología que los que no lo son. Los determinantes de la entrada en tratamiento son mas las dificultades sociales y psicopatológicas que el consumo de drogas por si mismo, principalmente en los cuadros de trastornos depresivos. Toda crisis puede precipitar la decisión de entrar en tratamiento, es posible que los estudios de prevalencia a la entrada en tratamiento sobrevaloren la relación entre esta entrada y la depresión.

La depresión, desde este punto de vista, es instructiva. Es el factor de comorbilidad psiquiátrica mas elevada entre los toxicomanos (Khantzian et Treece, 1985; Regier & al. 1990; Rounsaville & al. 1992; Weisman & al. 1976). Esta asociada a un empeoramiento del funcionamiento psicosocial (Rounseville, 1986) y a un aumento del riesgo de recaída en la heroína durante una crisis existencial en pacientes con metadona.

La depresión puede conducir a la heroínomania en una tentativa de automedicación, inducir una dependencia mas severa que la observada en los individuos no deprimidos. Puede aparecer como el resultado de la dependencia y estar asociado al estilo de vida acompañante. Puede ser en definitiva el resultado de factores comunes que han generado tanto la toxicomania como la depresión (pobreza, falta de recursos sociales, etc.) o puede ser un trastorno neuroquímico sin relación con la toxicomania.

La distinción mas importante en terminos de opción terapéutica es saber si la depresión es previa a la toxicomania o es consecuencia de la misma. Si la depresión es la consecuencia del stress asociado a la vida del toxicomano, el tratamiento de la dependencia debería conducir a la solución del sintoma depresivo. La relación constantemente observada entre el tiempo pasado en mantenimiento con metadona y disminución de la depresión apoya este argumento en cierto numero de pacientes (Dole & Nyswander, 1967; Newman, 1974, Dorus & Senay, 1980, Steer & Kotzer, 1980, Strain & al., 1991).

Sin embargo, este resultado no es sistemático. Los trastornos depresivos que sobrevienen como resultado de una vida de toxicomano también pueden adquirir una dinámica propia y

volverse crónicos. Si la toxicomanía es la consecuencia de un trastorno psicopatológico previo, el tratamiento sería el tratar la psicopatología subyacente (Khantzain, 1985b).

La importancia de los apoyos psico-sociales en los programas de mantenimientos con metadona queda como uno de los capítulos más controvertidos.

El término de apoyo o de servicio psicosociales no implica ninguna definición clara ni en los Estados Unidos donde el debate está abierto desde hace 30 años, ni en Europa donde apenas a empezado. El estudio en profundidad de los factores de programas (Ball & Ross, 1991) permite al fin, de disponer de una descripción concreta de las actividades cotidianas de los programas. Otros estudios (GAO, 1991; Calsyn & al., 1990; Hubbard & al., 1989) dan igualmente algunas orientaciones sobre los servicios psicosociales ofertados en diferentes programas.

El estudio de Baille & al., (1991) en Australia da una descripción detallada de 17 programas de mantenimiento. De la comparación de estos programas destaca variaciones importantes. En Australia los programas de mantenimiento con metadona están encuadrados por profesionales principalmente enfermeros. En Estados Unidos los consejeros son profesionales ó antiguos toxicómanos que han seguido una formación. Las tareas respectivas en el seno de estas actividades psicosociales son muy variadas: reuniones informales, reuniones regulares, intervenciones estrictamente sociales, intervenciones de tipo psicoterapéutico, trabajo grupal, actuaciones individuales. Tal variedad hace difícil la comparación y la evaluación de los resultados.

Los tres estudios aleatorios incluyen un alto nivel de asistencia psicosocial. Para Dole (1969) et Newman (1991), los servicios psicosociales son necesarios no tanto como para resolver problemas psicopatológicos preexistentes en los toxicómanos, sino más bien para ayudarles a resolver problemas actuales (gestiones sociales, problemas legales, reorganización de la vida familiar) generados por la vida pasada en la delincuencia y la marginalidad.

Como lo recuerdan Newman & Peyser (1991) existe una creencia bien afianzada de que estos servicios son los factores más importantes de los programas de metadona a pesar de que no existe ninguna evidencia que apoye la validez de esta afirmación. Esta creencia es la expresión de la dificultad de pensar que la metadona, por ella misma, pueda ocasionar cambios importantes en la vida de los toxicómanos. El estudio controlado de Yancovitz & al. (1991) en un programa de metadona constituido a partir de una lista de espera va en la misma dirección, aunque sea imposible sacar conclusiones definitivas.

Dos estudios observacionales intentan demostrar el fundamento de los enfoques psicosociales. Aunque presentan dificultades metodológicas, deben ser tenidos en cuenta (Ramer & al., 1971; Longwell & al., 1978).

Ball & Ross (1991) muestran la importancia concedida a estos servicios tanto por los equipos como por los pacientes. Un alto nivel de servicios psicosociales está asociado a una disminución significativa en el uso de heroína, de cocaína y a una menor criminalidad. Sus conclusiones están de acuerdo con las de Joe & al. (1991). Retención en tratamiento y servicios psicosociales están significativamente correlacionados.

McLellan & al. (1993) demuestran de forma definitiva la importancia de los servicios psicosociales. Este estudio incluye tres cohortes aleatorias en las cuales los pacientes reciben dosis individualizadas (mas de 60 mg. minimos) de metadona y "dosis" crecientes de servicios psicosociales. Los resultados son significativos. Otros autores, al contrario, recuerdan que los servicios psicosociales tienen un coste elevado y dificultan, a un numero importante de toxicomanos, la facil accesibilidad a los programas de mantenimiento.

Las psicoterapias se distinguen de los servicios sociales en la medida en los que estos intentan modificar el funcionamiento mental de los toxicomanos, sea en una concepción psicodinamica de los conflictos inconscientes ó en la concepción cognitivo-comportamental de las conductas, pensamientos o emociones mal adaptadas.

Los estudios aleatorios de Rounseville & al. (1983-1986) comparan 6 meses de psicoterapia interpersonal con frecuencia semanal con una consulta mensual con el psiquiatra. No encuentran ninguna diferencia en los resultados durante el estudio ni en el seguimiento de dos años y medio. Las tasas de abandono de tratamiento son incluso superiores en la cohorte seguida sobre el plan psicoterapeutico. Rounseville y sus colaboradores piensan que esta ausencia de beneficios esta relacionada con un programa de metadona que implica un alto nivel de consejos psicoterapeuticos y grupos terapeuticos semanales.

Actualmente, el unico estudio que aporta una respuesta positiva al fundamento de la psicoterapia en el contexto de los tratamientos con metadona es el de Woody & al. (1983-1987). 110 pacientes masculinos en mantenimiento con metadona son asignados al hazar a tres condiciones. una psicoterapia de inspiración psicodinamica mas un apoyo psicosocial; una psicoterapia de inspiración cognitivo-comportamental mas apoyo psicosocial; solamente apoyo psicosocial. Las sesiones de psicoterapia, asi coma las de apoyo son semanales y el estudio se hace durante un periodo de seis meses. Al seguimiento del septimo mes, los pacientes que han seguido una psicoterapia, los dos primeros grupos, muestran mejoras netas y significativas. Las mas importantes se observan en los aspectos psiquiatricos y de empleo para el grupo I (psicodinamico), para el grupo II (cognitivo-comportamental) en el aspecto legal. En el uso de opiaceos ilegales, los dos primeros grupos presentan mejoras mas importantes que el grupo III aunque este ultimo se haya mantenido con dosis mayores de metadona. Las dosis de los grupos I y II han disminuido durante el estudio. Finalmente, los pacientes del grupo III reciben mas prescripciones de psicotropos que los pacientes en psicoterapia; las prescripciones para el grupo III aumentan durante el periodo del estudio y disminuyen para los grupos I y II. Las diferencias entre los dos primeros grupos se notan en algunos aspectos. En el seguimiento de 12 meses, los autores constatan que las mejoras se han mantenido incluso han aumentado en los dos grupos en psicoterapia, mientras que han disminuido en el grupo III. Los pacientes de los grupos I y II continuan recibiendo dosis mas bajas de metadona y menos tratamientos farmacologicos.

En otro estudio realizado en el mismo programa (McLellan & al. 1986) los pacientes son asignados al hazar a una psicoterapia de tipo cognitivo-comportamental ó a un apoyo psicosocial solamente. Se confirman los resultados del estudio anterior.

El estudio de Woody & al (1984) examinan al septimo mes de seguimiento, la relación entre la importancia de los trastornos psicopatologicos y los resultados del tratamiento. La

escala adaptada de L'Addiction Severity Index (ASI) permite clasificar a los pacientes en tres grupos (psicopatología débil, medio y grave) y reanalizan los datos por subgrupos terapéuticos.

Han encontrado mejoras significativas en los pacientes que presentan una psicopatología débil en los tres grupos y el adjuntar la psicoterapia no ofrece ninguna ventaja. Entre los pacientes con psicopatología media, aparecen cambios positivos en los tres subgrupos, pero los grupos con psicoterapia muestran mejoras más significativas. Los pacientes sometidos solamente al apoyo psicosocial, se mantienen con dosis significativamente más elevadas de metadona y requieren más tratamientos farmacológicos. El beneficio de la psicoterapia debe aparecer para los pacientes con psicopatología importante. Los cambios se miden en términos de empleo, mejora en estatus legal y mejora en el funcionamiento psiquiátrico. Aún así, los pacientes sin psicoterapia necesitan más metadona y más tratamiento farmacológico.

Una de las posibles discusiones de estos resultados puede ser que el factor que interviene en los cambios es menos la técnica psicoterapéutica (efecto específico) y más la presencia de un equipo específico y aumentado (cantidad de tratamiento) atendiendo a los pacientes. Este punto ha sido controlado en el estudio de Woody, donde comprueba que la intensidad de los contactos es el mismo en los subgrupos.

Sin embargo la relación entre la severidad psiquiátrica y respuesta al tratamiento no es necesariamente tan simple como lo descrito hasta el presente. Ball & Ross (1991) a pesar del tamaño suficiente de la muestra, no detecta tal relación utilizando el mismo instrumento, l'ASI, que en los estudios anteriores. Actualmente se acepta por la mayoría de expertos que un problema psiquiátrico debe ser tratado sea por métodos psicoterapéuticos, sea por métodos farmacológicos, sea por los dos.

En el estudio de Philadelphia (Luborski & al. 1985) se marcó un interés creciente sobre el factor terapeuta como elemento significativo de los tratamientos con metadona. Los autores muestran diferencias significativas observadas entre los terapeutas en la misma modalidad terapéutica. Encuentran (1986) que en más de 500 estudios revisados durante el período de los años 80 sobre la psicoterapia, muy pocos han examinado estas diferencias entre los terapeutas dentro de modalidades análogas. Reexaminando los datos de 4 estudios (incluyendo el de Philadelphia) encuentran que las diferencias entre los terapeutas son significativas. Los efectos "terapeutas" parecen ser incluso superiores a la técnica terapéutica.

Luborski resume las características positivas de los terapeutas:

- desarrollar una relación cálida y mantenida para crear las bases de la alianza terapéutica;
- utilizar técnicas terapéuticas en la línea de la teoría declarada.

McLellan & al. (1988), Zweben (1991), et Miller & Brown (1991) confirman estos resultados. Crits-Christoph & al. (1990) evalúan en el 55% el efecto ligado al terapeuta en la variabilidad de los resultados observados. Los factores relacionados con los psicoterapeutas deberán ser controlados en los estudios futuros antes de deducir las diferencias de eficacia

entre las técnicas.

2. Segunda parte: Protocolo de investigación.

2.1 Descripción del programa.

El PRIM (Programa institucional de mantenimiento con metadona) acoge desde marzo de 1993 a pacientes dependientes de la heroína (DMSIII-R), con 18 años de edad como mínimo. Propone servicios médicos y psicosociales diversificados e individualizados.

Los objetivos del programa son dobles:

- reducir los daños médicos (esencialmente infecciosos), psicológicos (principalmente factores de stress) y sociales (disminuir los factores de marginación), por disminución y cese en el consumo de heroína ilegal y de toda politoxicomania;
- guiar a los pacientes hacia la autonomía, sin la abstinencia de metadona mejorando el conjunto de sus condiciones de vida y de salud, por estabilización de sus condiciones psicosociales e incluso aumentando su inserción y disminuyendo la delincuencia.

Desde la primera entrevista, un enfermero le es asignado como persona de referencia. Participa por tanto en la definición de objetivos terapéuticos y mantiene con el paciente una entrevista individual semanal, como mínimo. El psiquiatra es responsable del tratamiento y propone entrevistas regulares fijadas según las necesidades clínicas. Cada tres meses, psiquiatra y enfermero mantienen con el paciente una entrevista de valoración de objetivos terapéuticos. Otros profesionales (psicólogo, trabajador social) participan en el tratamiento según los objetivos terapéuticos (anexo 1).

El paciente puede beneficiarse de las siguientes prestaciones:

- Seguimiento psicoterapéutico individual.
- Entrevistas familiares.
- Grupo semanal de prevención de recaídas y entrenamiento a las habilidades sociales.
- Grupo semanal para padres toxicodependientes con hijos de corta edad.
- Asistencia somática: chequeos, tratamientos, cuidados curativos (tratamientos del Sida, etc.) y preventivos (vacunación contra la hepatitis B y de la tuberculosis).
- Asistencia jurídica.
- Asistencia hospitalaria en caso de crisis psicosocial, de descompensación psiquiátrica o politoxicomania (desintoxicación del alcohol y de las benzodiazepinas).

El paciente acude al centro todos los días laborables. Sábados, domingos y días de fiesta se le proporciona el tratamiento bajo forma de dilución en zumo de frutas. El horario y la

posibilidad de acudir menos de 5 veces por semana son negociados según su situación social (trabajo, hijos de corta edad, dificultad de desplazarse por problemas de salud, evolución favorable con abstinencia de otras sustancias). Esta decisión es independiente de la dosis de metadona.

El paciente recibe una dosis creciente de metadona hasta adquirir un nivel de estabilización. La dosis es individualizada, conocida por el paciente y negociada con él en la búsqueda de un bienestar subjetivo. Incluso si la dosis no se prescribe según el modelo de Dole et al. (1967) de "bloqueo por la metadona", la persistencia del consumo de heroína conduce al equipo a proponer una subida de dosis. El cese del consumo de heroína es un objetivo fundamental incluso debe ser negociado al ritmo del paciente. Un estado de intoxicación evidente puede ocasionar a la negación de la dosis del día con una reevaluación al día siguiente. Si la intoxicación persiste, el equipo puede proponer una desintoxicación hospitalaria antes de continuar con el tratamiento ambulatorio. Si el paciente la rechaza, el psiquiatra puede decidir poner fin al tratamiento con una reducción rápida de las dosis.

Los controles de orinas constituyen una fuente de información para el equipo. La naturaleza de las determinaciones (cocaina, metadona, morfina, benzodiazepinas, etc.) y su frecuencia se adaptan a cada situación. Los resultados positivos son comentados con el paciente en un contexto de evaluación clínica, jamás punitivo. Las muestras de orina son recogidas en el centro, de forma aleatoria, una vez al mes como media.

Los objetivos de este programa persiguen una autonomía y no la abstinencia de la metadona a medio ó corto plazo.

Cuando un paciente decide terminar su tratamiento, la metadona se reduce muy lentamente (varios meses) con evaluación constante.

La parada del tratamiento se contempla según cuatro casos:

- el paciente termina el tratamiento de acuerdo con el equipo.
- el paciente es transferido a otro PMM ó a un médico de ciudad porque está bien estabilizado.
- el paciente abandona su tratamiento.
- el equipo decide la interrupción del tratamiento.

En los dos primeros casos podemos hablar de éxito del tratamiento. En el primer caso, el paciente ha conseguido sus objetivos terapéuticos. Si lo decide, puede continuar con los seguimientos psicosociales iniciados. En los dos últimos casos, podemos hablar de fracaso del tratamiento.

El equipo decide la interrupción del tratamiento cuando el paciente no aparece por el centro durante más de cuatro semanas; cuando hace uso de la violencia física en el recinto del centro, ó vende productos ilegales. Finalmente, toda encarcelación superior a tres meses significa necesariamente la interrupción del tratamiento por transporte del paciente detenido a

un centro penitenciario fuera del canton de Ginebra.

2.2 Objetivos del estudio.

Se trata de un estudio observacional de tipo prospectivo. Implica:

1. Un estudio descriptivo de la población tratada en terminos socio-demograficos, psicologicos, de inserción social, de conductas de riesgo y de consumo de heroína; de las características del programa según dosis de mantenimiento de metadona, duración del tratamiento y éxito ó fracaso.
2. Un estudio de evolución de los pacientes a 6,12 y 24 meses según los items del punto 1.
3. Tres estudios analíticos sobre:
 - características de los pacientes a la entrada, dosis de metadona a los 6, 12 y 24 meses y consumo de heroína durante los mismos periodos (analítica 1).
 - características de los pacientes a la entrada y probabilidad de fracaso del tratamiento (analítica 2);
 - características del programa (dosis de metadona y año de admisión) y probabilidad de fracaso del tratamiento (analítica 3).

2.3 Población y método.

2.3.1 Selección de los individuos y recuento de datos.

Este estudio se hace sobre la población admitida a tratamiento la primera vez al PMM desde su creación, en marzo de 1993 hasta el 30 de abril de 1995. El periodo de reclutamiento es de 26 meses. La duración de la observación es de 41 meses (del 1 de marzo de 1993 al 31 de julio de 1996). En 1993, 101 pacientes son admitidos al programa, 39 en 1994, 34 hasta el 30 de abril de 1995; en total 174 pacientes entre los cuales hay 12 readmisiones.

Tabla nº1-. Pacientes admitidos en el PMM y pacientes retenidos por el estudio.

AÑO	Nº DE MESES	ADMISIONES	READMISIONES	CASOS NUEVOS
1993	10	101		101
1994	12	39	4	35
1995	4	34	8	26
TOTAL	26	174	12	162

Durante la apertura del programa se preveían cien plazas de tratamiento. Desde su apertura, el programa recibió cincuenta pacientes procedentes de un gabinete médico privado. El programa se completó muy rápidamente y no pudo recibir a nuevos pacientes hasta que no se liberaron plazas. Esto explica la diferencia de admisiones entre el año 1993 y los siguientes.

Durante la primera entrevista se le propone al paciente la participación en el estudio. Si el paciente lo acepta, responderá a un cuestionario que la pasa el psiquiatra y el internista (anexo 3). Este cuestionario reagrupa el conjunto de datos destinados al médico cantonal así como ciertos ítems sacados del Estudio Multiciudades del Consejo de Europa. Enumeran las características socio-demográficas (edad, sexo, lugar y modo de convivencia, situación profesional y situación financiera), las conductas de consumo y las conductas de riesgo de los pacientes. El paciente responderá también a la escala de Beck (21 ítems), cuestionario autoadministrado de la gravedad de los síntomas depresivos. El tanteo global ha sido dicotomizado según los standards admitidos en la literatura¹. Un tanteo global superior ó igual a 19 corresponde a un diagnóstico de trastorno del humor "moderado ó severo". En el chequeo somático, la valoración infecciosa (VIH, hepatitis B y C)² se efectúa después del consentimiento del paciente. Todos los pacientes negativos a la hepatitis B se han vacunados. Después de 6, 12 y 24 meses, se les pasa de nuevo el cuestionario y la escala de Beck y se rehace el chequeo infeccioso.

La dosis de metadona es anotada por el enfermero en la historia del paciente después de cada distribución. Los resultados de los análisis de orinas son anotados igualmente en la historia.

2.3.2 Definición de las variables.

Las variables predictivas son las características de los pacientes y las características relacionadas con el tratamiento. Son indicadas por "P" en la tabla N° 2.

La dosis de mantenimiento es la dosis de metadona estabilizada dos meses después del inicio del tratamiento.

Las dosis a los 6, 12 y 24 meses son las dosis administradas en esos momentos.

Las variables resultantes (indicadas por "R") son:

para el estudio analítico 1:

- el consumo de droga vía i.v. los 30 últimos días.
- los controles de orina³ positivos a heroína los 30 últimos días.

1 **Bouvard M. at Cottraux J.**

2 **VIH, testados EIA (Laboratorio ABBOTT, Chicago. IL), casos positivos confirmados Western-Blot (Dupont de Nemours, Ginebra. CH; hepatitis B EIA, ABBOTT; y Hepatitis C, HCV EIA, ABBOTT**

3 **Método inmunológico, ABUSSCREEN - test on line- HOFFMAN-LA ROCHE, cualitativo y si existe duda, confirmación por cromatografía líquida de alta calidad (HPLC).**

para el estudio analítico 2 y 3:

- el éxito ó fracaso del tratamiento.

El final del tratamiento es un fracaso cuando el paciente:

- tiene comportamientos (violencia, tráfico) que obligan a la interrupción del mismo.
- no se presenta al centro durante cuatro semanas consecutivas.
- fallece durante el tratamiento de sobredosis ó por suicidio.
- es transferido al programa de distribución de heroína (PEPS).
- es encarcelado por más de tres meses a consecuencia de actos delictivos cometidos durante el periodo de tratamiento.

El final del tratamiento es un éxito cuando el paciente:

- se mantiene en programa el 31 de julio de 1996.
- el conjunto de su tratamiento ha terminado y ha conseguido los objetivos fijados.
- ha sido transferido a otro programa, después de su estabilización.
- fallece durante el tratamiento por razones sobre las cuales el programa no tenía acción directa.
- ha sido encarcelado más de tres meses por actos ilegales efectuados antes de la admisión al programa.

Tabla N° 2: Variables utilizadas en la investigación (P=predictiva, R=resultante)

Variables:	Estud. Descri p.	Estud. Evoluc .	Estudios Analíticos		
			1	2	3
Edad	X		P	P	
Sexo	X		P	P	
-actividad profesional los 30 ultimos dias(trabajo ó está en formación versus no ejerce ninguna actividad lucrativa)	X	X	P	P	
media de las semanas de actividad los 6 ultimos meses		X			
ganancias "legales" mensuales	X	X	P	P	
deuda	X	X	P	P	
domicilio los 30 ultimos dias(apartamento verxus hotel, prisión, hospital, ocupas, etc.)	X	X	P	P	
convivencia los 30 ultimos dias(habita solo verxus habita cos sus padres, una pareja, amigos)	X	X	P	P	
ayuda financiera los 6 ultimos meses (recibe una ayuda financiera parecida a la ayuda social verxus no recibe ayuda financiera)	X	X	P	P	
situación profesional estable verxus a situación temporal ó irregular	X	X	P	P	
tanteo medio en la Escala de Beck (≥ 19 ó < 19)	X	X	P	P	
despistage positivo VIH	X	X	P	P	
despistage positivo hepatitis B	X				
despistage positivo hepatitis C	X	X			
consumo de drogas via i.v. los ultimos 30 dias (declaración del paciente)	X	X	R	P	
consumo de drogas (opiáceos) los 30 ultimos dias (controles de orina)			R		
comparte jeringas los ultimos 30 dias (declaración del paciente)	X	X		P	
dosis de mantenimiento con metadona a los 2 meses	X				P

dosis de metadona a los 6, 12 y 24 meses			P		
salida del tratamiento (fracaso versus éxito)	X			R	R
año de admisión					P

2.3.3 Analisis estadísticos.

El estudio descriptivo utiliza las frecuencias de las variables propias a los pacientes.

El estudio de evolución utiliza el test de McNemar cuando las variables son dicotómicas, ó el test de Wilcoxon (muestras apareadas) si son continuas.

La asociación entre las características del paciente y el consumo de heroína se efectúa por el test de X².

La asociación entre las características de los pacientes, las características del tratamiento (dosis y año de admisión) y el fracaso del tratamiento son calculadas por análisis de supervivencia⁴ según el método de Kaplan-Meier (test Logrank) y por análisis de regresión según el método de Cox.

Todos los análisis estadísticos se han efectuado con el SPSS, versión 6.1.

3.- Tercera parte. Resultados:

3.1 Analisis descriptivo.

Sobre los 162 casos nuevos admitidos durante el periodo de reclutamiento, 149 sujetos han sido retenidos para el estudio. Cuatro sujetos no hablaban suficiente francés para poder responder a los cuestionarios y nueve se negaron a participar en la investigación. La tasa de participación es por tanto del 92%.

3.1.1 Descripción de la población en el momento de la admisión.

Las características socio-demográficas de los 149 pacientes admitidos en el estudio entre marzo de 1993 y final de abril de 1995 son:

Datos demográficos:

- 77% hombres (N=115).
- La edad varía entre 18 y 45 años. La edad media es de 28 años; 58% de los pacientes tienen entre 18 y 28 años.

4 Para tener en cuenta la duración de la observación de todos los pacientes, se ha procedido a análisis de supervivencia que, por un cálculo de probabilidades condicionales, permiten obtener esta supervivencia hasta el fin de la observación para toda la muestra, sin eliminar a los pacientes cuya duración de la observación fuera inferior a 41 meses. Los pacientes cuyo tratamiento no fueron interrumpidos como fracaso, son llamados censurados y son incluidos en los cálculos durante su período de observación.

- 66% son solteros (N=99).
- 23% tienen hijos (N=34).

Alojamiento:

- 82% (N=122) viven en su apartamento, y el 18% en un hotel, en un hogar de acogida, ocupas, hospitalizados ó en prisión⁵ (N=27).
- 76% (N=113) viven con su familia (padres ó conjuges) ó amigos y el 24% viven solos (N=36).

Situación profesional:

- Durante los meses precedentes a la admisión, 69% no tenían trabajo (N=103).
- Durante los seis meses precedentes a la admisión, el 22% declaran una situación profesional estable (N=33), el 12% una situación temporal ó irregular (N=18).

Situación financiera:

- Entre los que tiene ganancias legales (66%) (N=98), el 74% tienen una ganancia legal inferior a 60.000 ptas. En el conjunto de pacientes, el 9% son ayudados financieramente por su pareja, su familia, y sus amigos (N=14) y el 33% se benefician de una ayuda social, de un seguro de paro ó de una paga por invalidez (N=49).
- Entre los que están endeudados (65%) (N=96), 43% tiene una deuda inferior a 200.000 ptas.

Estado depresivo:

- Según la escala de Beck, 57% (N=85) de los pacientes presentan un trastorno del humor moderado ó severo (tanteo superior ó igual a 19).

Estado de salud:

- 14% de los pacientes presentan seropositividad al VIH (N=21).
- 58% de los pacientes son seropositivos a la hepatitis C (N=87).
- 36% de los pacientes son seropositivos a la hepatitis B (N=45).

Conductas de riesgo:

- En el mes precedente a la admisión al tratamiento, el 82% se inyectan heroína (N=122); 44% de entre ellos comparten su material (N=54), esencialmente con su pareja habitual (67%).
- Solamente el 31% (N=46) de los pacientes declaran haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales; la variable "uso del preservativo" no ha sido tenida en cuenta para el seguimiento del estudio debido a la tasa de respuestas muy baja.

3.1.2 Asociación entre variables.

La depresión y el sexo están significativamente correlacionadas, las mujeres presentan proporcionalmente más estados depresivos ($p=.009$).

Las características de los pacientes admitidos en 1993, 1994 y 1995 presentan dos diferencias significativas según el año de admisión. Los pacientes admitidos en 1993 tienen proporcionalmente más tendencia a compartir jeringas que los pacientes admitidos en 1994-1995 ($p=.005$) y tienen proporcionalmente menos tendencia a vivir en un apartamento ($p=.04$).

Los pacientes que ejercen una actividad profesional reciben dosis de mantenimiento inferiores a los que no la ejercen ($p=.002$). Igualmente las dosis de mantenimiento prescritas son inferiores para los pacientes admitidos a tratamiento en 1994 y 1995 ($p=.04$).

No hay otras asociaciones significativas para las variables independientes consideradas posteriormente, especialmente para los pacientes que declaran compartir jeringas.

3.1.3 Descripción del tratamiento.

3.1.3.1 Dosis de metadona (gráfico 1).

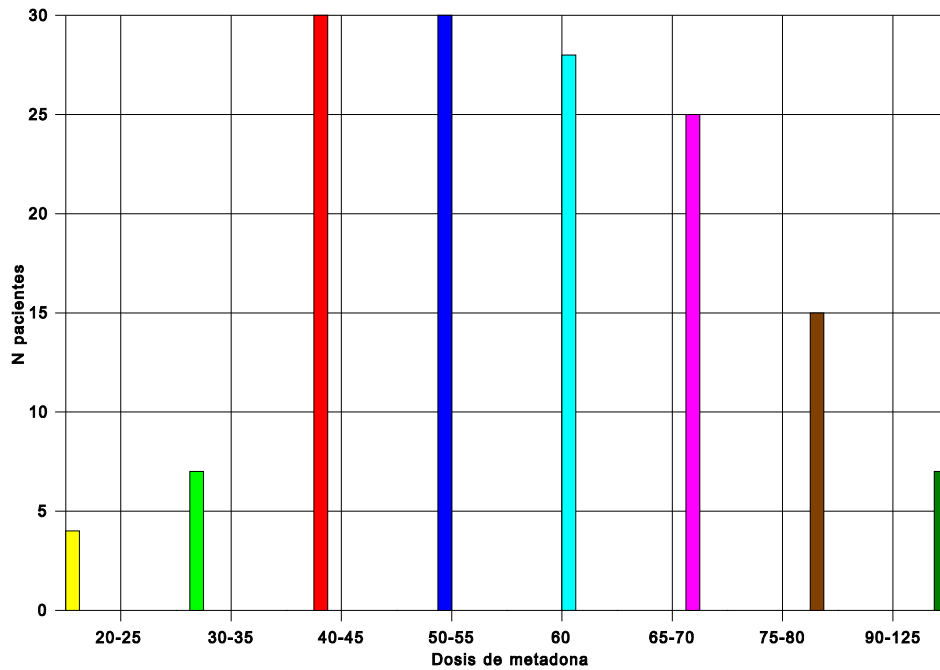
La dosificación considerada es la dosis estabilizada de metadona dos meses después del inicio del tratamiento.

Las dosis de estabilización varían entre 20 y 125 mg.; el 67% de los pacientes reciben entre 20 y 60 mg. de metadona por día, 28% entre 61 y 80 mg. y el 5% más de 80 mg.. La media es de 60 mg.

3.1.3.2 Duración de la observación. (Gráfico 2).

Los 149 pacientes han sido observados durante periodos muy variables, desde 4 hasta 1269 días.

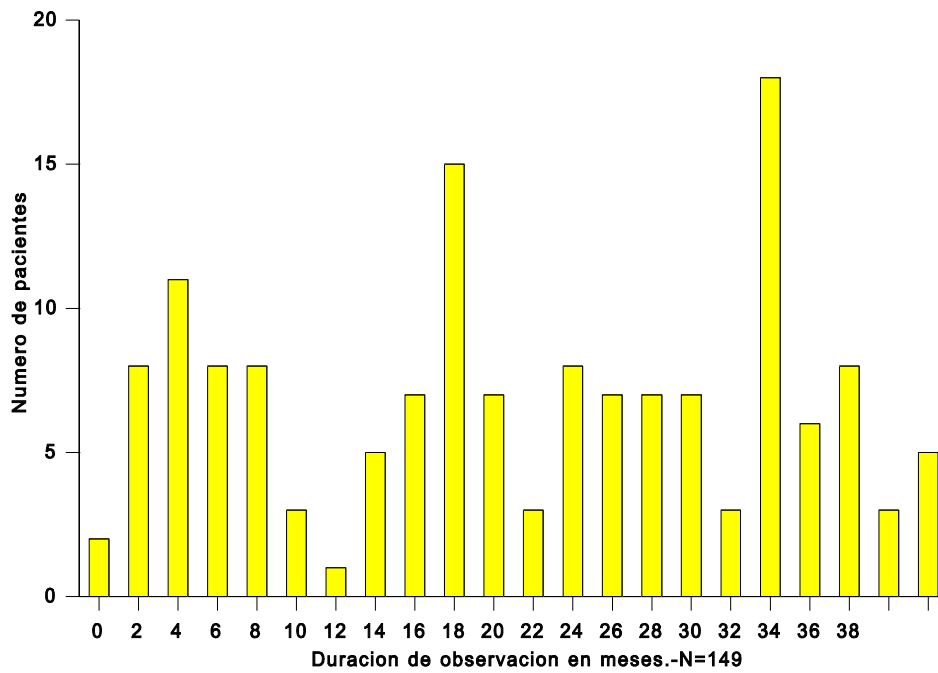
Grafico 1.-



Grafica N° 1.- Distribución de pacientes según las dosis de metadona

Gráfico N° 2.- Distribución de los pacientes según la duración de la observación.

GRAFICO N 2



3.1.3.3 Exito ó fracaso del tratamiento. (Tabla N° 3)

Tabla N° 3: Resultados al final de la observación.

		N	%
EXITO N= 118 79.2%	Tratamientos activos el 31.7.96	72	61
	Tratamientos terminados	20	17
	Transferidos	24	20
	Fallecidos*	2	2
	Prisión	0	
FRACASO N= 31 20.8%	Abandonos	22	71
	Expulsiones	0	
	Prisión	0	
	Fallecidos**	6	20
	PEPS	3	9

* Sida; ** Sobredosis.

3.2 Estudios de evolución.

Utilizando los datos del seguimiento de los pacientes, se ha considerado la evolución de los pacientes durante tres periodos diferentes, 6, 12 y 24 meses. Esta manera de proceder implica que los pacientes que quedan en el tratamiento durante dos años son observados tres veces, puesto que son incluidos en los tres estudios de evaluación. Igualmente los pacientes que se mantienen durante un año son observados dos veces.

Tabla 4. Evolución de los pacientes entre la admisión y seis meses de tratamiento (N=127).

	N·	Admisión	6 meses	p·
Actividad profesional: si	114	35	42	N.S.
Media de semanas de actividad	114	64	79	N.S.
Ganancias legales: si	127	84	111	***
Deuda: si	127	86	71	*
Domicilio: apartamento	127	105	95	N.S.
Convivencia: solo	127	31	37	N.S.
Ayuda financiera: si	114	46	66	**
Situación profesional: estable	97	28	28	N.S.
Tanteo a la escala de Beck: ≥ 19	114	65	35	***
Serologia VIH: positivo	114	17	19	N.S.

	N·	Admisión	6 meses	p·
Serologia hepatitis C: positivo	113	60	65	N.S.
Consumo de drogas via i.v.: si	114	93	60	***
Intercambio de jeringas: si	76	29	18	N.S.

· Número de pares comparados; · N.S.= Diferencia no significativa $p>0.05$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Los resultados muestran una disminución significativa de la proporción de pacientes que tienen un tanteo igual ó superior a 19 puntos en la escala de Beck. La situación social de los pacientes muestran cambios significativos: aumento de la proporción de pacientes con ganancias y de personas que reciben una ayuda social, una disminución de la proporción de personas que tienen una deuda. Las conductas de riesgo medidas por el uso de drogas via i.v. disminuyen significativamente. El intercambio de jeringas disminuye sensiblemente pero el resultado esta en el limite de lo significativo ($p=.054$). Se observan dos seroconversiones VIH y cinco seroconversiones para la hepatitis C en este periodo de observación.

La evolución de los pacientes entre seis y doce meses no muestra ningún cambio significativo (anexo 4). Los cambios mas importantes se producen, por tanto, durante los seis primeros meses de tratamiento.

Los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los seis meses estan proporcionalmente menos endeudados ($p=.03$) que los que se quedan. Las ganancias, la ayuda financiera, el tanteo de la escala de Beck y el consumo de drogas por via i.v. no difieren entre estos dos grupos. Los cambios observados no pueden por tanto ser atribuidos a los pacientes que abandonan precozmente el tratamiento.

Los resultados a uno y dos años confirman las tendencias observadas a los seis meses (tablas 5 y 6). Para todo el periodo de observación, la tasa de incidencia VIH es de 2.2 por 100 personas-año de seguimiento; la tasa de incidencia para la hepatitis C es de 8.3 por 100 personas-año de seguimiento.

Tabla N° 5: Evolución de los pacientes entre la admisión y un año de tratamiento (N=109).

	· N	Admision	un año	p·
Actividad profesional: si	99	28	35	N.S.
Media de semanas de actividad	100	63	81	N.S.
Ganancias legales: si	100	71	100	***
Deuda: si	109	75	55	**
Domicilio: apartamento	109	93	86	N.S.
Convivencia: solo	109	25	41	**
Ayuda financiera: si	100	42	64	**

	· N	Admision	un año	p·
Situación profesional: estable	78	23	24	N.S.
Tanteo a la escala de Beck: ≥ 19	99	54	32	***
Serologia VIH: positivo	99	16	18	N.S.
Serologia hepatitis C: positivo	99	47	54	N.S.
Consumo de drogas via i.v.: si	100	82	49	***
Intercambio de jeringas: si	57	25	7	***

· Numero de pares comparados; ·N.S.= Diferencia no significativa $p > 0.05$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$;

Tasa de no-respuestas $> 20\%$

Tabla N° 6: Evolución de los pacientes entre la admisión y dos años de tratamiento (N=71)

	N·	Admision	Dos años	p·
Actividad profesional: si	64	16	20	N.S.
Media de semanas de actividad	65	53	77	N.S.
Ganancias legales: si	71	43	65	***
Deuda: si	71	52	41	N.S.
Domicilio: apartamento	71	61	57	N.S.
Convivencia: solo	71	16	38	***
Ayuda financiera: si	65	24	46	***
Situación profesional: estable	44	14	17	N.S.
Tanteo a la escala de Beck: ≥ 19	56	32	14	***
Serologia VIH: positivo	64	9	13	N.S.
Serologia hepatitis C: positivo	62	32	39	*
Consumo de drogas via i.v.: si	65	56	28	***
Intercambio de jeringas: si	29	14	8	N.S.

· Numero de pares comparados; ·N.S.= Diferencia no significativa $p > 0.05$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Tasa de no-respuestas $> 20\%$

3.3 Estudios analíticos.

3.3.1 Características de los pacientes a la admisión, dosis y consumo de heroína

(analítica 1)

El consumo de heroína es testado por dos variables, a los 6, 12 y 24 meses:

- la respuesta a la pregunta "¿ha consumido usted heroína i.v. durante los últimos 30 días?"⁶.
- los controles de orinas positivos durante los 30 últimos días.

3.3.1.1 Resultados a los seis meses (tabla nº 7)

Ningún resultado es significativo.

Tabla Nº 7: Características de los pacientes: dosis a los seis meses y consumo de heroína.

	N=114	Inyección de heroína durante los 30 últimos días (declaración del paciente)	N=107	Controles positivos de orinas (opiacéos) durante los 30 últimos días
18-27 años	52	48.1%	48	43.8%
28-45 años	62	56.5% N.S.	59	49.2% N.S.
Mujeres	21	52.4%	21	61.9%
Hombres	93	52.7 %N.S.	86	43.0% N.S.
Actividad profesional. Si	35	51.4%	33	51.5%
No	79	53.2% N.S.	74	44.6% N.S.
Ganancias legales. Si	75	52.0%	71	42.3%
No	39	53.8% N.S.	36	55.6% N.S.
Deuda: Si	79	50.6%	75	50.7%
No	35	57.1% N.S.	32	37.5%
Domicilio: Apartamento	94	50.0%	86	42.9
Otro	20	53.2%	21	47.7%
Convivencia: Solo	28	46.4%	24	45.8%
Otro	86	54.7% N.S.	83	47.0% N.S.
Ayuda financiera: Si	46	50.0%	44	40.9%
No	68	54.4%	63	50.8%
Situación profesional: Estable	28	46.4%	26	50.0%
Inestable	72	55.6% N.S.	68	47.1% N.S.
Tanteo en escala de Beck: <19	49	44.9%	50	48.0%

⁶ Se han tenido en cuenta los estudios que muestran la fiabilidad de las auto-declaraciones de los pacientes, (Kleyn, 1993; Skog, 1992).

	N=114	Inyección de heroína durante los 30 últimos días (declaración del paciente)	N=107	Controles positivos de orinas (opiáceos) durante los 30 últimos días
>_19	65	58.5%	57	45.6% N.S.
Despistaje hepatitis C: positivo	61	59.0%	57	45.6%
negativo	53	45.3%	50	48.0% N.S.
Despistaje VIH: positivo	17	70.6%	15	66.7%
negativo	97	49.5% N.S.	92	43.5% N.S.
Dosif. a seis meses:<_60 mg.	65	47.7%	61	49.2%
>60 mg.	49	59.2% N.S.	46	43.5% N.S.

N.S. Diferencia no significativa $p>0.05$

De los 107 pacientes a los que se les han efectuado controles de orinas, el 46.7% son positivos a opiáceos, 35.5% a las benzodiacepinas y el 17% a la cocaína. Los pacientes que están en una situación estable presentan proporcionalmente menos orinas positivas a las benzodiacepinas ($p=.01$), así como los pacientes VIH negativos ($p=.03$).

3.3.1.2 Resultados a los doce meses (tabla nº 8).

Los pacientes positivos a la hepatitis C en la admisión tienen más tendencia a consumir heroína i.v. a los doce meses (auto-declaración) que los pacientes negativos. El número de datos que faltan sobre los controles de heroína era demasiado importante ($>20\%$) para que pudiéramos analizar los resultados.

Tabla N° 8: Características de los pacientes. Dosis a los doce meses y consumo de heroína.

	N=100	Inyección de heroína durante los 30 últimos días (declaración del paciente)
18-27 años	47	40.4%
28-45 años	53	56.6% N.S.
Mujeres	19	47.4%
Hombres	81	49.4% N.S.
Actividad profesional. Si	29	44.8
No	71	50.7% N.S.
Ganancias legales. Si	65	49.2%
No	35	48.6% N.S.
Deuda: Si	68	50.0%
No	32	46.9% N.S.
Domicilio: Apartamento	84	47.6%
Otro	16	56.3% N.S.
Convivencia: Solo	23	43.5%
Otro	77	50.6 N.S.
Ayuda financiera: Si	42	52.4%
No	58	46.6% N.S.
Situación profesional: Estable	23	43.5%
Inestable	64	51.6% N.S.
Tanteo en la escala de Beck: <19	45	53.3%
>_19	55	45.5% N.S.
Despistaje hepatitis C: positivo	53	58.5%
negativo	47	38.3% *
Despistaje VIH: positivo	16	68.8%
negativo	84	45.2% N.S.
Dosificación a los seis meses:<_60 mg.	48	43.8%
>60 mg.	54	57.4% N.S.

N.S. Diferencia no significativa $p>0.05$; * $P<0.05$.

3.3.1.3 Resultados a los 24 meses (tabla n° 9).

Ningún resultado es significativo. El número de datos que faltan sobre los controles de orinas era demasiado importante (>20%) para que pudieramos analizar los resultados.

Tabla N° 9: Características de los pacientes- dosis a los 24 meses y consumo de heroína.

	N=65	Inyección de heroína durante los 30 últimos días (declaración del paciente)
18-27 años	28	39.3%
28-45 años	37	45.9% N.S.
Mujeres	14	42.9%
Hombres	51	43.1%
Actividad profesional. Si	16	37.5
No	49	44.9 N.S.
Ganancias legales. Si	38	42.1%
No	27	44.4% N.S.
Deuda: Si	47	40.4%
No	18	50.0% N.S.
Domicilio: Apartamento	56	42.9%
Otro	9	44.4% N.S.
Convivencia: Solo	13	38.5%
Otro	52	44.2% N.S.
Ayuda financiera: Si	24	45.8%
No	41	41.5% N.S.
Situación profesional: Estable	14	42.9%
Inestable	41	43.9% N.S.
Tanteo en la escala de Beck: <_19	26	50.0%
>_19	39	38.5% N.S.
Despistaje hepatitis C: positivo	35	48.6%
negativo	30	36.7% N.S.
Despistaje VIH: positivo	9	44.4%
negativo	56	42.9% N.S.
Dosificación a los seis meses:<_60 mg.	27	48.1%
>60 mg.	43	58.1% N.S.

N.S. Diferencia no significativa $p > 0.05$

3.3.2 Características de los pacientes a la admisión y fracaso del tratamiento (analítica 2).

3.3.2.1 Resultados significativos.

Solo un resultado es significativo.

El riesgo relativo de fracaso del tratamiento difiere según el sexo del paciente (hombres

N=115, mujeres N=34). La diferencia observada con un test de Logrank es significativa (p=.009). Según el modelo de Cox el riesgo relativo de fracaso es de 2.5 (IC al 95% de 1.2 al 5.3; p=.01) para las mujeres. Después de reajuste sobre la variable depresión⁷ este riesgo es de 2.24 (IC al 95% de 1.05 al 4.8; p=.03).

3.3.2.2 Resultados no significativos.

Tabla N° 10: Características de los pacientes a la admisión y fracaso del tratamiento (regresión de Cox).

Factores-Pacientes	N	RR	IC al 95%	P
18-27 años	75	1	--	--
28-45 años	74	0.9	.4 - 1.8	.79
Domicilio: apartamento	122	1	--	--
otro	27	0.7	.0 - 2.1	.10
Convivencia: otro	113	1	--	--
solo	36	0.8	.3 - 1.9	.61
Actividad profesional: no	103	1	--	--
si	46	1.3	.6 - 2.8	.44
Situación profesional: inestable	99	1	--	--
estable	33	1.2	.5 - 3.1	.60
Ayuda financiera: no	86	1	--	--
si	63	1.1	.5 - 1.9	.87
Ganancias legales: si	98	1	--	--
no	51	0.7	.3 - 1.6	.51
Deuda: si	96	1	--	--
no	53	1.1	.4 - 2.2	.92
Escala de Beck:>_ 19 puntos	85	1	--	--
< 19 puntos	64	0.5	.2 - 1.1	.10
Despistaje VIH: negativo	128	1	--	--
positivo	21	0.4	.1 - 1.8	.25
Hepatitis C: positivo	87	1	--	--
negativo	62	0.6	.3 - 1.3	.21
Consumo de drogas via i.v.: si	122	1	--	--
no	27	1.7	.7 - 3.8	.19
Intercambio de jeringas: no	68	1	--	--
si	54	1.9	.8 - 4.6	.11

7 Sólo las variables estadísticamente asociadas al nivel de p<0.005 han sido tomadas en cuenta en el modelo.

3.3.3 Año de admisión - dosificación y fracaso del tratamiento. (Analítica 3).

3.3.3.1 Año de admisión.

En 1993, 96 pacientes habían entrado en el estudio, 32 en 1994 y 21 en 1995. Los pacientes entrados en 1994 y 1995 eran parecidos, nosotros los reagrupamos en una sola categoría para comparar grupos numericamente menos desiguales.

Según el test de Logrank, la probabilidad de fracaso no difiere significativamente entre el año 1993 y 1994-1995 ($p=.19$).

Según el método de Cox, el riesgo relativo de fracaso es de .57 (IC .2 a 1.3; $p=.19$) para 1994-1995 comparados a 1993. Después de reajuste sobre las variables de intercambio de jeringas y lugar de convivencia⁸ el riesgo relativo de fracaso para los años 1994-95 es de .2 (IC .04 a .89; $p=.03$).

3.3.3.2 Dosificación.

La probabilidad de fracaso según la dosis de metadona a dos meses (variable dicotomizada igual ó inferior a 60 mg. y superior a 60 mg.), según el test de Logrank, la diferencia no es significativa ($p=.19$).

Según el método de Cox, el riesgo relativo de fracaso es de 1.3 (IC .6 a 2.7; $p=.46$) para los pacientes que recibían una dosis superior a 60 mg. Después de reajuste sobre las variables años de admisión y empleo⁹, el riesgo relativo de fracaso para los pacientes que recibían una dosis superior a 60 mg. es de 1.3 (IC .6 a 2.9; $p=.45$).

4.- Cuarta Parte: Síntesis y discusión de los resultados.

4.1 Síntesis de los resultados.

Durante el periodo de reclutamiento 172 pacientes han iniciado un tratamiento de mantenimiento con metadona en el PRIM, 162 pacientes eran casos nuevos. Entre los últimos 149 han participado en este estudio, la tasa de participación es del 92 %. El periodo de observación es de 41 meses con una variación entre 4 y 1269 días

A la admisión, los pacientes presentaban las siguientes características.

Se trata de una población predominantemente masculina (77% de hombres), con edad media de 28 años y compuesta del 66% de solteros. 24% viven solos, 69% no han trabajado. El 66% de los pacientes tienen ganancias legales. Estas ganancias provienen de una actividad

8 **Solamente las variables estadísticamente asociadas al nivel de $p<0.05$ han sido tenidas en cuenta en el modelo.**

9 **Sólo las variables estadísticamente asociadas al nivel de $p<0,05$ han sido tomadas en cuenta en el modelo.**

remunerada, de una ayuda social, del seguro de paro, del seguro de invalidez, ayuda familiar ó amigos. El 65% de los pacientes estan endeudados. Un poca mas de la mitad de los pacientes (57%) presentan un trastorno del humor importante (moderado ó severo), 14 % seropositividad al VIH, 36% a la hepatitis B y 58% a la hepatitis C. La mayoria (82%) consume heroína por via i.v. y el 44% de estos comparten su material para los dos tercios con su pareja habitual.

Las dosis de mantenimiento con metadona prescritas cotidianamente varian entre 20 y 125 mg. 67% de los pacientes reciben entre 20 y 60 mg. por dia. Al final del periodo de observación contamos con un 79% de exitos y un 21% de fracasos.

La evolución de los pacientes a los seis meses muestra una reducción significativa del consumo de heroína via i.v. y una reducción importante ,pero no estadísticamente significativa, en el compartir jeringas (respectivamente $p=.0001$ y $p=.054$). La mejora sobre el aspecto psiquico se manifiesta por una disminución de pacientes que presentan depresión moderada ó severa. En el aspecto social, las mejoras se manifiestan por un aumento de los pacientes que reciben ganancias y reciben una ayuda financiera y por una disminución de los que estan endeudados (respectivamente $p=.0001$, $p=.04$ y $p=.003$). Los resultados a uno y dos años confirman las mismas tendencias.

Para todo el periodo de observación, la tasa de incidencia VIH es del 2.2 por 100 personas-año; la tasa de incidencia para la hepatitis C es del 8.3 por 100 personas-año.

El estudio realizado sobre la asociación entre las características de los pacientes en la admisión y consumo de heroína a los 6 meses no muestra ningún resultado significativo. Los pacientes positivos a la hepatitis C en la admisión son proporcionalmente mas numerosos en el consumo de heroína via i.v. despues de un año de tratamiento. No se ha observado ningún resultado significativo a los dos años.

El estudio realizado sobre la asociación entre las características de los pacientes y el fracaso del tratamiento muestran un resultado significativo: las mujeres presentan un riesgo de fracaso superior a los hombres ($p=.1$).

Nuestros resultados no muestran asociación entre la dosificación de metadona y el riesgo de fracaso al tratamiento. El riesgo de fracaso es superior para los pacientes admitidos en 1993 aunque no se alcance el umbral significativo ($p=.19$).

4.2 Discusión.

Los principales datos sociodemograficos, de consumo de heroína y conductas de riesgo, muestran una población comparable a la que fué observada sobre el conjunto de pacientes seguidos con tratamiento de metadona en Ginebra (Conne-Perréard et al., 1994). Las dosis media de metadona utilizadas son comparables igualmente a las que han sido calculadas en otros programas ginebrinos.

La variable resultante considerada es el riesgo de fracaso del tratamiento mas bien que la retención porque esta ultima no puede ser comparada a las de los programas de otros paises en los que los medicos de ciudad no pueden llevar pacientes con metadona. En efecto, en

Ginebra los pacientes bien estabilizados en un programa público son derivados, en el momento que es posible, a los médicos privados. La variable resultante del tipo éxito-fracaso es por tanto más importante y más representativa de la actividad terapéutica del programa que la retención. 29% de los pacientes han terminado su tratamiento con éxito ó han sido derivados a un médico privado, lo que significa que han alcanzado una estabilización en términos sociales y de consumo de heroína. Una limitación de este estudio es no haber tenido la posibilidad de investigar a los pacientes derivados a otros servicios afín de comparar su evolución con la de los pacientes que se quedan en el programa. La tasa de fracaso es del 21% sobre los dos años, lo que es un buen resultado, cercano del resultado observado en el primer programa público ginebrino (del Rio et al., 1997).

La mejora de un cierto número de datos sociales (ganancias, deudas, ayuda financiera), psicológicos (mejora de la depresión) y la disminución de conductas de riesgo (consumo de heroína vía i.v.) durante el tratamiento corresponden a las esperanzas de este programa y corroboran los datos de la literatura. El análisis de los pacientes que salieron precozmente sugiere que los resultados positivos constatados son efectos del tratamiento. Efectivamente, la primera categoría de pacientes, no difiere sobre ninguna variable de la segunda, están incluso significativamente menos endeudados en la admisión.

Las seroconversiones para la hepatitis C se observan en 10 pacientes, lo que haría pensar que estos continuarían con las prácticas de riesgo, aunque el medio de transmisión de esta hepatitis no está completamente aclarado (Cereda, 1993). A pesar del acento puesto en el programa sobre la prevención de las conductas de riesgo, 5 seroconversiones para el VIH es un resultado preocupante. En el futuro, sería necesario identificar mejor a los subgrupos sobre los que desarrollar mensajes de prevención específicos, principalmente las parejas que comparten jeringas (2/3 de los que comparten material). La incidencia de las muertes por sobredosis es de 2.2 por 100 personas-año; este resultado es comparable a la tasa de 2.6% reflejada en Suiza en los toxicómanos en tratamiento ambulatorio con metadona (Uchtenhagen et al., 1996). Excepto el VIH y la sobredosis no ha habido otras causas de muerte en la cohorte estudiada.

Los resultados de este estudio muestran una correlación significativa entre el sexo y el fracaso del tratamiento. El riesgo de fracaso para las mujeres es de alrededor 2 veces superior al de los hombres. Sobre este punto, los resultados de la literatura son contradictorios (Strain et al., 1993; Rounsaville et al., 1982; Sansone, 1980). En contra, este resultado es confirmado en Ginebra (del Rio et al., 1997). Por otro lado constatamos que las mujeres son significativamente más deprimidas que los hombres.

Los resultados no permiten identificar otras características de pacientes relacionados a un riesgo elevado de fracaso del tratamiento ó a una persistencia de consumos paralelos. Sobre este punto, la literatura no aporta conclusiones definitivas excepto que los pacientes con más edad tienen tendencia a permanecer en tratamiento. Otros estudios muestran que un empleo ó un apoyo de la parte familiar y social son predictores de retención y de éxito del tratamiento (Simpson, 1981; McLellan, 1983); estos resultados no son confirmados por otros autores (Dole & Joseph, 1978). Igualmente, ninguna correlación ha sido establecida con claridad entre las características del paciente a la admisión y la persistencia de conductas de consumo durante el tratamiento. Esencialmente, los estudios anglo-sajones no han considerado más que las características de los pacientes y la retención en tratamiento (Simpson, 1984; Hubbard et

al., 1989; GAO, 1990; Ball et Ross, 1991).

Varios estudios han mostrado que las características del tratamiento -dosis e intensidad de los servicios psico-sociales (Caplehorn & Bell, 1991 y 1993; Ball & Ross, 1991)-están correlacionados con la retención y con la consecución de los objetivos de salud (disminución de conductas de riesgo y del consumo de heroína). Otros estudios han mostrado que la flexibilidad de la dosificación (Caplehorn et al., 1991; Brown et al., 1982; Cooper et al., 1983) lleva a una mejor retención. Nuestro estudio no permite confirmar la relación entre dosificación de metadona y fracaso del tratamiento. Nuestra hipótesis es que la individualización de las dosis, ajustadas según las necesidades de cada paciente y la intensidad de los servicios psico-sociales, adaptados igualmente a las necesidades individuales, explicarían esta ausencia de correlación.

Aunque no sea significativo, el riesgo de fracaso en función del año de admisión está disminuido para 1994-1995. Este resultado podría reflejar una mejora en el funcionamiento del programa que se explicaría por los siguientes factores: un equipo estable que ha adquirido una experiencia, que individualiza más las dosis y ofrece servicios psicosociales variados; una filosofía de abstinencia rápida que ha sido abandonada, procesos de admisión y de mantenimiento en programa mejor formalizados y mejor explicitados. Sin embargo, estos factores no han sido estudiados aquí, quedan por tanto para explorar en estudios posteriores.

En conclusión, este programa público muestra resultados positivos en términos de objetivos psicosociales y de tasa de éxitos. En el futuro, parece prioritario estudiar con detalle que características de los programas predicen el éxito del tratamiento. Finalmente, el tratamiento de las mujeres toxicómanas en los programas de metadona deberían en el futuro ser objeto de preocupaciones particulares. Convendría poner en marcha servicios médico-psico-sociales que les estén mejor adaptados.

Referencias bibliográficas:

Anglin M.D. & McGlothlin W.H. Outcome of narcotic addict treatment in California. In : F.M. Tims & J.P. Ludford (Eds), *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects*. NIDA Research Monograph series, 1984,51.

Anglin M.D., Spiteckart G.R., Booth M.W., Ryan T.M. Consequences and costs of shutting off methadone. *Addictive Behaviors*, 1989, 14:302-326.

Baillie A.J., Webster P. & Mattick R.P. National Survey of Treatment Procedures for Opiates Users. NDARC Working Paper No. 5. Sydney: Nations Drug & Alcohol Research Centre, 1991.

Ball J.C., Lange W.R., Myers C.P., Friedman S.R. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behaviors*, 1988, 29:214-226.

Ball J.C., Ross A. *The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. Patients, Programs Services, and Outcome*. New York, Springer-Verlag, 1991.

Berken G.H., Stone M.M., Stones S.K., Methadone in schizophrenic rage: A case study.

American Journal of Psychiatry, 1978, 135:248-249.

Brown B.S., Waters J.K., Iglehart A.S., Methadone Maintenance dosage levels and program retention. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1982-83, 9:129-139.

Calsyn D.A., Saxon A.J., Lee-Meyer S. Staffing patterns of american Methadone maintenance programs. Journal of Substance Abuse Treatment, 1990, 7:255-259.

Caplehorn L., Bell J. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. Medical Journal Australia, 1991, 154(3):195-199

Caplehorn J., Bell J., Kleinbaum D., Gebiski V. Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. Addiction, 1993, 88:119-124.

Conne-Perréard E., Restellini J-P., Dumont P., Gaberel P., Cures de méthadone à Genève 1988-1993. Analyse des données recueillies par le service du médecin cantonal, Genève, juin 1994.

Cooper J.R., Altman F., Brown B.S., Czechowicz. (Eds). Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art. Wasington DC, U.S. Government Printing Office DHHS Publ. N° Adm. 83-1281, 1983.

Crits-Christoph P., Beebe K.L., Connolly, M.B. Therapist effects in the treatment of drug dependence: Implication for conducting comparative treatment studies. In : L.S. Onken & J.D. Blaine (Eds), Psychotherapy and Counselling in the Tretament of Drug Abuse. NIDA Research Monograph series, 1990, 104.

Cushman P. Methadone maintenance: Long-term follow-up of detoxified patients. Annals of the New York Academy of Sciences, 1987, 311:165-172.

Darke S., Wodak A., Hall W., Heather N. Ward J. Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users. British Journal of Addiction, 1992, 87(5):771-776.

Delay J., Pichot P., Lemperière T., Mirouze R. La nosologie des états dépressifs. Rapprt entre l'étiologie et la sémiologie. Deux résultats du questionnaire de Beck. L'encéphale, 6, 1963,6:497-505.

Del Rio M., Mino A., Perneger Th., Patientes retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. Soumis à publication, 1997.

Dole V.P. & Joseph H.J. Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance. Annals of the New York Academy of Sciences, 1978, 311:181-189.

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

Dole V.P., & Neswander M. Heroin addiction - a metabolic disease. Archives of Internal Medicine, 1967, 120:19-24.

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

Dorus W. & Senay E.C. Depression, demographic dimensions, and drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 1980,137:699-704.

Gearing F.R. & Schweitzer M.D. An epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal of Epidemiology*, 1974, 100:101-102.

General Accounting Office. Report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse and Control, House of Representatives. Methadone Maintenance: Some treatment Programs are not effective; Greater Federal Oversight Needed. General Accounting Office, Washington, DC, 1990.

Goldstein A., Hansteen R.W., Horns W.H. Control of methadone dosage by patients. *Journal of the American Medical Association*, 1975,234:734-737.

Grönbladh L., Ohlund L.S., Gunne L.M. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990, 82:223-227.

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

Hartgers C., Van Den Hoek J.A.R. et al. Psychopathology, stress and HIV-risk injecting behaviour among drug users. *British Journal of Addiction*, 1992, 87:857-865.

Havassy B. & Hargreaves W.A. Self-regulation of dose in methadone maintenance with contingent privileges. *Addictive Behaviors*, 1979, 4:31-38.

Havassy B. & Hargreaves W.A. Allowing methadone clients control over dosage: A 48-week controlled trial. *Addictive Behaviors*, 1981, 6:283-288.

Hubbard R.L., Marsden M.E., Rachal J.V., Harwood H.J., Cavanaugh E.R., Ginzburg H.M. Drug abuse treatment: A National Study of Effectiveness. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1989.

Hubbard R.L., Rachal J.V., Craddock S.G., Cavanaugh E.R. Treatment outcome prospective study (TOPS): clients characteristics and behaviors before, during, and after treatment. In F.M. Timms & J.P. Ludford (Eds), drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects. NIDA Research Monograph, 1984, 51.

Joe G.W., Simpson D.D., Hubbard R.L. Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse*, 1991,3:73-84.

Judson B.A., Himmelberger D.U., Goldstein A. The naloxone test for opiate dependence. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1980, 27:492-501.

Khantzian E.J. & Treece C. DSM-III psychiatric of narcotic addicts: Recent findings. *Archives of General Psychiatry*, 1985,42:1067-1071.

Khantzian E.J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142(11):1259-1264.

Kleyn J., Swebke J., Holmes K.K. The validity of injecting drug users' self-reports about sexually transmitted diseases: a comparison of survey and serological data, *Addiction*, 1993, 88:673-680.

Longwell B., Miller J., Nichols A.W. Counselor effectiveness in a methadone maintenance program. *International Journal of the Addictions*, 1978, 13:307-315.

Luborsky L., McLellan A.T., Woody G.E., O'Brien C.P., Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 1985,42:602-611.

McGlothlin W.H. & Anglin M.D. Long-term follow-up of clients of high-and low-dose methadone programs. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38:1055-1063.

McLellan A.T. Patient characteristics associated with outcome. In J.R. Cooper F., Altman B.S., Brown D., Czechowicz (Eds), *Research on the treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. Maryland: NIDA, U.S. Department of Health and Human Sciences, 1983.

McLellan A.T., Childress A.R., Ehrman R., O'Brien C.P., Pashko S. Extinguishing conditioned responses during opiate dependence treatment: Turning laboratory findings into clinical procedures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1986, 3:33-40.

McLellan A.T., Childress A.R., Griffith J., Woody G.E. The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance of therapeutic community? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1984, 10:77-95.

McLellan A.T., Arndt I.T., Metzger D.S., Woody G.E., O'Brien C.P. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment, *JAMA*, 1993, 269:15.

McLellan A.T., Woody G.E., Luborsky L., Goehl L. Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors. *Journal of nervous and mental disease*, 1988, 716:423-430.

Meltzer J.D. & Katz S.E. Methadone patients: dosage, psychopathology, and research participation. *International Journal of the Addictions*, 1980, 15:1097-1102.

Metzger D.S., Woody G.E. et al. Psychiatric symptoms, high risk behaviours and HIV positivity among methadone patients. *NIDA Research Monograph Series*, 1991, 105.

Meyer R.E. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: Another example of the chicken and the egg. In: R.E. Meyer (Ed), *Psychopathology and addictive disorders*. New York : Guilford Press, 1986.

Miller W.R. & Brown J.M. Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and

treatment of addictive behaviours. In N. Heather, W.R. Miller & J. Greeley (Eds). Self-control in the addictive behaviours. Oxford : Maxwell Macmillan, 1991.

Mino A. Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'heroïne ou de morphine. Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la santé Publique, Berne, 1990.

Newman R.G. The role of ancillary services in methadone maintenance treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1974, 1:207-212.

Newman R.G. & Peyser N. Methadone treatment: Experiment and experience. Journal of psychoactive drugs, 1991, 23:115-121.

Newman R.G., & whitehill W.B. Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotics addicts in Hong Kong. Lancet, 1979, 8:485-488.

Ramer B.S., Zaslove M.O., Langan J. Is methadone enough? The use of ancillary treatment during methadone maintenance. American Journal of Psychiatry, 1971, 127:80-84.

Regier D.A., Farmer F.K., Rae D.S., Licke B.Z., Kreith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. Journal of the American Medical Association, 1990, 264:2511-2518.

Rosenbaum M., Irwin J., Murphy S. De facto destabilisation as policy: The impact of short-term methadone maintenance. Contemporary Drug Problems, 1988, 15:491-517.

Rounsaville B.J. & Kleber H.D. Untreated opiate addicts: How do they differ from those seeking treatment?. Archives of General Psychiatry, 1985, 42:1072-1077.

Rounsaville B.J., Glazer W., Wilder C.H., Weissman M.M. Short-term interpersonal psychotherapy in methadone -maintained opiate addicts. Archives of General Psychiatry, 1983, 40:629-636.

Rounsaville B.J., Kosten T.R., Weissman M.M., Kleber H.D. Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts: A 2.5 year follow-up study. Archives of General Psychiatry, 1986, 43:739-745.

Rounsaville B.J., Weissman M.M., Kleber H., Wilbert C. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Archives of General psychiatry, 1982, 39:161-166.

Sansone J. Retention patterns in a Therapeutic Community for the Treatment of Drug Abuse. International Journal of Addiction, 1980,15(5):711-736.

Senay E.C., Dorus W., Golgberg F., Thornton W. Withdrawal from methadone maintenance: Rate of withdrawal and expectation. Archives of General Psychiatry, 1977, 34:361-367.

Simpson D.D. The relation of time spent abuse treatment to posttreatment outcome. American Journal of Psychiatry, 1979, 136:1449-1453.

Simpson D.D. Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38:875-880.

Simpson D.D. & Sells S.B. Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program *Advances in alcohol and substance abuse*, 1982, 2(1):7-29.

Skog O.J. The validity of self-reported drug use. *British Journal of addiction*, 1992,87:539-548.

Steer R.A. & Koztker E. Affective changes in male and female methadone patients. *Drug and alcohol dependence*, 1980, 5:115-122.

Stimmel B., Goldberg J., Rotkopf E., Cohen M. Ability to remain abstinent after methadone detoxification: A six year study. *Journal of the American Medical Association*, 1977, 237:1216-1220.

Stimmel B., Goldberg J., Cohen M., Rotkopf E. Detoxification from methadone maintenance: Risk factors associated with relapse to narcotic use. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1978, 311:173-180.

Stain E.C., Stitzer M.L., Bigelow G.E. Early time course of depressive symptoms in opiate addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1993, 179(4):215-221.

Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. Dose response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Annals of Internal Medicine*, 1993, 119:23-27.

Swift W., Williams G., Neill B. The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment. *British Journal of Addiction*, 1990, 85:629-634.

Treece C., Nicholson B. DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients. *Journal of nervous and mental disease*, 1980, 168:612-628.

Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A. (Eds). *Essais de prescription médicale de stupéfiants: deuxième rapport intermédiaire des mandataires de la recherche*. Première édition, Zurich, 1996.

Vanichseni S., Wongsuwan B., Choopanya K., Wongpanich K. A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV. *International Journal of the Addictions*, 1991, 26:1313-1319.

Weissman M.M., Sobetz F., Prusoff B., Mezritz M., Howard P. Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *American Journal of psychiatry*, 1976, 133:1434-1438.

Woody G.E., Luborsky L., McLellan A.T., O'Brien C.P., Beck A.T., Blaine J., Herman I., Hole A. Psychotherapy for opiate addicts. Does it help?. *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40:639-645.

Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42:1081-1086.

Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144:590-596.

Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P., Blaine J., Fox S., Herman I., Beck A.T. Severity of psychiatric symptom as a predictor of benefits from psychotherapy: The veterans administration-penn study. *American Journal of Psychiatry*, 1984, 141:1172-1177.

Yancovitz S.R., Des Jarlais D.C., Peyser N.P., Drew E., Freidman P., Trigg H.L., Robinson J.W. A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *American Journal of Public Health*, 1991, 81:1185-1191.

Zweben J.E. Counseling issues in methadone maintenance treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 1991, 23:177-190.

6.- Anexo 1:

ADMISION AL TRATAMIENTO
DE METADONA

β

ENTREVISTA DE EVALUACIÓN

(medico-psicologo-asistente social)

β

PROPUESTA DE TRATAMIENTO

(presentado al coloquio de metadona)

β

INDICACIÓN MÉDICA

β

ENTREVISTA MÉDICA Y DE ENFERMERIA

(en 72 h. en general)

- Fijación de objetivos del tratamiento.
- Contrato terapéutico.
- Inicio del tratamiento el mismo día ó al siguiente (si las condiciones lo permiten).

TRATAMIENTO BIEN ESTABLIZADO

- Disminuyen los días de presencia en consulta. (2-3 veces por semana).
- Entrevista con el enfermero de referencia semanal o quincenal.
- Entrevista médica para modificación de dosis o en contexto terapéutico.
- Chequeo médico-enfermero trimestral.
- Control de orinas o saliva semanal.
- Chequeo somático trimestral en los casos seropositivos.
- Intervención social, según necesidades.
- Seguimiento psico-terapéutico, según necesidades.

INICIO DEL TRATAMIENTO

- * Dosis inicial en 1 ó 2 tomas, según indicaciones médicas.
- * Estabilización de la dosis en 2 semanas.

- Entrevista con el enfermero de referencia semanal.
- Consulta médica semanal.
- Chequeo médico-enfermero una vez al mes.
- Chequeo social durante las 2-3 primeras semanas de tratamiento.
- Chequeo somático durante las 2-3 primeras semanas del tratamiento.
- Control de orina semanal.
- Vacunación hepatitis "B" y otras vacunas.

TRATAMIENTO DE METADONA EN FARMACIA

- Toma del tratamiento en la farmacia.
- Consulta médica quincenal.
- Si hay seguimiento de enfermería, una consulta semanal con el enfermero de referencia y un chequeo médico-enfermería trimestral.
- Control de orina o saliva, semanal ó quincenal.
- Chequeo somático e intervención social en función de cada caso.

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

- Entrevista semanal con el enfermero de referencia.
- Consulta con el psiquiatra quincenal ó mensual.
- Chequeo médico-enfermero trimestral.
- Chequeo somático:
 - * Cada tres meses para los pacientes VIH +.
 - * A los 6 meses para los pacientes con problemas somáticos.
 - * Respuestas rápidas para los problemas somáticos.
- Intervención social: según necesidades del paciente y las indicaciones del enfermero de referencia.
- Seguimiento psicoterapéutico: según seguimiento previo al tratamiento o indicación médica.
- Control de orina ó saliva semanal.

7.- Anexo 2:

Resumen de los estudios realizados en Ginebra sobre la eficacia de los tratamientos con metadona.

Briefer Jean François et Déglon Jean Jacques, Traitement de méthadone et comportements à risque de transmission du VIH, Médecine et Hygiène, N° 1935, 1991, pp 1544-1549.

Comparación de las características socio-demográficas et de conductas de riesgo (sexualidad y uso de jeringas) de dos grupos de pacientes (42 pacientes VIH seropositivos y 98 pacientes VIH seronegativos) en cura de tratamiento con metadona. Los 190 pacientes han sido interrogados en base a un cuestionario entre setiembre y diciembre de 1990. La comparación de las características socio-demográficas muestran que los pacientes VIH-P tienen ligeramente mas edad y han seguido mas tratamientos que los pacientes VIH-N. Igualmente, el numero de semanas de inactividad profesional durante los 6 ultimos meses es mas elevada en los pacientes VIH-P que en los pacientes VIH-N. El consumo de heroína durante los 6 ultimos meses, testado por los analisis de orinas, es equivalente para los dos grupos. Lo mismo sucede con el consumo de cocaína, cannabis y alcohol. El intercambio de jeringas no afecta mas que a 13 pacientes y las diferencias no son significativas entre los dos grupos. Los pacientes VIH-P hacen mas amenudo correr un riesgo a su pareja habitual en el contexto de relaciones sexuales repetitivas que durante los contactos sexuales ocasionales. El conocimiento de la seropositividad al VIH no tiene una influencia notable sobre el consumo de drogas, pero se traduce en una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales en general, así como de las relaciones sexuales ocasionales. Las relaciones sexuales no protegidas representan un riesgo potencial de transmisión del VIH mas frecuente que el intercambio de jeringas en los pacientes VIH-P.

Chamot E. de Saussure Ph., Hirschel B, Déglon J.-J., Perrin L., Incidence of infection by blood-borne viruses in a cohort of 223 intravenous drug users (IVDUs), Seventh international conference on AIDS, Florence, 16-21 june 1991.

El estudio de una cohorte de 313 pacientes en tratamiento con metadona en el Centro de "L'Ermitage". Los pacientes han iniciado el tratamiento entre febrero de 1988 y mayo de 1990 y han sido seguidos entre 6 y 36 meses. La meta de este estudio es determinar la prevalencia y la incidencia de la hepatitis B (HBV), de la hepatitis C (HCV) y del VIH en la cohorte. Durante la entrada en tratamiento, la prevalencia de HBV, HCV y del VIH eran respectivamente del 80%, 65% y 32%. El 88% de los pacientes VIH positivos eran seropositivos a los tres virus, en comparación del 44% para los HBV positivos y del 35% de los HCV positivos. La tasa de seroconversión observada en el estudio es de 11.7 por 100 personas-año para el HCV, de 4.2 para el HBV y de 0.8 para el VIH. La autores concluyen que las medidas de prevención concernientes al VIH solo son parcialmente eficaces para el HBV y el HCV.

Conne-Perréard E., Restellini J-P., Dumont P., Gaberel P., Cures de méthadone à Geneve 1988-1993. Analyse des données recueillies par le service du médecin cantonal, Service du médecin cantonal, Genève, juin 1994.

Este trabajo es una primera exploración de los datos recogidos por el Servicio de medicina cantona para los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona en el sector público ó privado. La tabla descriptiva recae de entrada sobre las características socio-demográficas, sanitarias propias de la toxicomania de 1026 pacientes que han seguido un primer tratamiento con metadona en Ginebra entre 1988 y 1993. Las características de estos pacientes son comparadas a las de los pacientes que siguieron un tratamiento con metadona entre 1981 y 1984. Para despejar las constantes ó los cambios de las características de esta población, son descritas y comparadas según el año de entrada en tratamiento. Los autores analizan el desarrollo y la duración de los tratamientos, la duración acumulada de los tratamientos y los factores que influyen esta duración. Finalmente, para profundizar en el análisis de los factores que influyen la manera como se desarrollan y se terminan los tratamientos (abandono, fin positivo, transferido, etc.), cinco tipos de "carreras de tratamiento" son analizados. Los diferentes análisis efectuados no han permitido establecer un modelo estadístico predictivo basado sobre las informaciones proporcionadas por el paciente y su médico al principio del tratamiento.

Dazord A., Mino A., Page D., Quality of life evaluation in heroin dependent patients under methadone treatment in a Geneva centre. Soumis à publication European Psychiatry.

Este estudio describe la evaluación de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento en un programa de mantenimiento con metadona en Ginebra. El instrumento utilizado es un cuestionario validado SQLP (Subjective quality of life questionnaire) que mide "la satisfacción subjetiva", "la importancia concedida a" y "las esperanzas" de los pacientes en cuatro aspectos: salud física, vida relacional, condiciones materiales y vida emocional y espiritual. La meta del estudio es ver si este instrumento es utilizable con pacientes toxicómanos, para medir los cambios en la apreciación de su calidad de vida. Entre los 102 pacientes que entraron en el tratamiento en 1993, 48 estaban aún en el programa después de un año. Para estos 48 pacientes, el estudio compara los resultados obtenidos al SQLP, a la entrada y después de un año de tratamiento. Muestran un cambio significativo para la mayoría de los ítems (21/36). En relación a "la importancia concedida" varían poco pero "las esperanzas" disminuyen de manera significativa. Observan también que cuando "las esperanzas" son elevadas al inicio, la calidad de vida a un año es menos satisfactoria que si "las esperanzas" son más realistas. Los autores concluyen con que si los pacientes quedan en tratamiento un año se mejorarán y que el instrumento testado es utilizable para evaluar la calidad de vida de los pacientes toxicómanos.

Dégion Jean Jacques, Evaluation d'un nouveau programme de traitement des héroïnomanes par la methadone, Centre thérapeutique de L'Ermitage, 1987.

Evaluación de los resultados de los dos primeros años de un programa de mantenimiento con metadona abierto en febrero de 1985 en el Centro terapéutico L'Ermitage. El estudio se hace sobre 112 pacientes. 11% han abandonado el tratamiento y el 12% han sido excluidos por transgresión repetida del contrato terapéutico. lo que representa una tasa de abandono del 23%. Un individuo murió por accidente de circulación. El 9% de los sujetos terminaron su tratamiento durante los dos años y dos de ellos han recaído y están de nuevo en tratamiento. Los otros pacientes han permanecido en tratamiento. Observamos una mejora de la situación socio-económica de los pacientes, una bajada de la delincuencia y un aumento de la capacidad

de trabajo. La mitad de los pacientes admitidos a tratamiento han sufrido entre 1 y 7 encarcelaciones antes del tratamiento, mientras que ningún paciente ha sido encarcelado ó condenado por un delito cometido durante el tratamiento. Entre los 51 sujetos sin empleo al principio del tratamiento, 43 han empezado a trabajar, de manera estable en el mejor de los casos, después de dos semanas y lo más tardar después de dos meses de tratamiento. El consumo de opiáceos durante el tratamiento es controlado por análisis de orina, lo que permite estimar la media de consumos de opiáceos durante seis meses. Esta media es estimada en 600 consumos los seis meses antes del tratamiento, en 5.9 consumos como media entre el primer y el sexto mes de tratamiento, en 3.5 entre el séptimo y el duodécimo mes de tratamiento y en 2 entre el treceavo y el dieciochoavo mes de tratamiento. Las auto-declaraciones de los pacientes corresponden a los resultados obtenidos por los controles de orina. Finalmente la tasa de seroconversión VIH es del 1%.

Dégion Jean-Jacques, Méthadone et réduction des injections de drogues, un objectif minimal, possible et nécessaire, non publié.

El estudio se efectúa sobre 195 individuos en tratamiento de mantenimiento con metadona en una fundación privada en mayo de 1989. La comparación según el año de admisión al programa muestra que la tasa de seropositividad a la admisión pasa de 0% en el 78 al 50% en el 81, y son superiores al 50% entre 1981 y 1984, aunque bajan de nuevo después de esta fecha y que el porcentaje de seropositivos desciende más fuertemente después de 1986, fecha que entra en vigor la liberalización de la venta de jeringas en las farmacias. La comparación de los dos grupos presenta características idénticas, y los que quedan en tratamiento sin interrupción durante un mínimo de tres años, muestra que la tasa de seropositividad es del 17% para los que entraron en tratamiento antes de mayo del 82 y del 58% para los que entraron después de mayo del 82. El autor formula la hipótesis que es el hecho de estar en tratamiento lo que ha protegido a los pacientes del primer grupo. La tercera tabla de estudio recae sobre 101 heroinómanos en tratamiento desde hace más de un año, que se han presentado voluntarios para responder a un cuestionario sobre los comportamientos de riesgo.

En base a las auto-declaraciones de los pacientes y de los análisis de orina (dos veces por semana mínimo), el autor estima la media de inyecciones intravenosas en 1.1 por mes para los seronegativos y de 1.3 para los seropositivos. La tasa de jeringas usadas utilizadas es del 1.03% para los seronegativos y del 0.8% para los seropositivos.

Del Rio M., Mino A., Pernerger Th., Patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. Soumis à publication. Addiction.

Este estudio prospectivo analiza los cambios en la retención de los pacientes en función del año de admisión en un nuevo programa de metadona que ha sufrido varios cambios de organización en su primer año de funcionamiento. Entre 1991 y 1995, 111 pacientes han comenzado un tratamiento. La tasa de retención media es del 84% a los 12 meses. Los pacientes admitidos durante el primer y segundo año de funcionamiento del programa tienen un riesgo relativo de interrumpir el tratamiento significativamente más importante que los pacientes admitidos en el programa el tercer y cuarto año. Los autores concluyen que el aumento en la retención de los pacientes es reflejo de las mejoras aportadas al programa (tales como el acento puesto sobre el mantenimiento a largo plazo más bien que a corto plazo, una

mayor flexibilidad para fijar objetivos terapeuticos individualizados, la experiencia adquirida por el equipo y una actitud mas coherente del equipo siguiendo las lineas directrices explicitas) durante la duración del estudio.

Robert Cl.-Fr., Déglon J.-J., Wintsch J., Martin J.-L., Perrin L., Bourquin M., Gabriel V., et Hirschel B., Behavioral changes in intravenous drug users in Geneva: rise and fall of VIH infection, 1980-1989, AIDS, 1990, 4(7): 657-660.

El estudio incluye a todos los toxicomanos en tratamiento de mantenimiento con metadona en el mayor centro de tratamiento de Ginebra. Se desarrolla en 1988 y 1989. Los pacientes han sido re-interrogados cada 6 meses hasta mayo de 1989. Los cuestionarios recogian los datos de la historia medica de los pacientes, de enfermedades sexualmente transmisibles ó relacionadas con el consumo intravenoso de drogas, sintomas y signos de infección VIH, historia del consumo de drogas, historia de los tratamientos con metadona y de desintoxicación y las variables socio-economicas. A parte del cuestionario, a los pacientes se les tomaba una muestra de sangre y analisis de orina cada seis meses. La tasa de seroprevalencia VIH, entre los toxicomanos era del 6% en 1981 y del 38% en 1983. Esta tasa era aún del 37% en 1988. Los pacientes que comenzaron un tratamiento de metadona en 1987-1989 tenian una tasa de seroprevalencia del 22%. En 1989, el porcentaje de toxicomanos que intercambiaban jeringas y agujas era del 5% entre los VIH-seropositivos. Sobre 1049 pacientes-año observados, 1 seroconversión VIH tuvo lugar en 1988-1989, probablemente debido a contactos sexuales. Los resultados sugieren que la transmisión del VIH ha disminuido despues de 1980 entre los toxicomanos observados. En este estudio el comportamiento sexual cambia claramente menos que el intercambio de jeringas. Entre los VIH-positivos la utilización ocasional (algunas veces ó jamas) de los preservativos era del 95% antes de 1986 y del 55% en 1989.

Thomé F., Broers B., Junet Chr., Mino A., Perrin L., Hirschel B., Le declin d'une épidémie: le VIH parmi les toxicomanes à Genève, 1988-1994, La Presse Médical, 1995, 24 N° 24, pp. 1099-1102.

El estudio incluye 335 toxicomanos en tratamiento de mantenimiento con metadona en 5 centros de tratamiento en Ginebra (alrededor del 80% de la población en tratamiento). Se desarrolla entre noviembre de 1993 y mayo de 1994. Los cuestionarios recogian datos personales de los pacientes, los problemas medico-sociales ocurridos durante los 6 ultimos meses, la anamnesis sexual sobre las apetencias sexuales, el numero y tipo de parejas, la utilización de preservativos y las razones para la no utilización. En cuanto a la toxicomania, las preguntas recaian sobre su duración e intensidad, tipo de drogas consumidas (tabaco y alcohol incluidos), el uso y el intercambio de jeringas y la historia de los tratamientos con metadona y de desintoxicación. A parte del cuestionario, a los pacientes se les hizo un analisis de sangre para medir los anticuerpos contra el VIH, el virus de la hepatitis B (HVB) y de la hepatitis C (HVC) cada seis meses. Los resultados han sido comparados a un estudio precedente realizado en el periodo 1980-1989. La tasa de seroprevalencia VIH era del 52% en 1984-1985 y del 8% en 1992-1993 ($p < 10^{-6}$). La seroprevalencia para los marcadores de la hepatitis B paso del 65% en 1989 al 48% en 1994 ($p < 10^{-5}$) y para los de la hepatitis C del 80% en 1989 al 55% en 1994 ($p < 10^{-5}$). Sobre 1070 pacientes-año observados, ha habido 8 seroconversiones VIH (incidencia del 0.74% por año). El intercambio de jeringas practicamente habia cesado en

1994, aunque el 46% de los pacientes en tratamiento con metadona hubiesen continuado inyectándose heroína durante los seis meses precedentes a la investigación. La utilización sistemática (siempre) de preservativos ha aumentado de menos del 10% antes de 1986 al 30% entre los VIH-negativos y al 65% entre los VIH-positivos; 93% de los que no utilizan preservativo sistemáticamente declaran saber que su pareja es seronegativa/o. En resumen, la disminución del riesgo de infección para el VIH, ya constatado en el precedente estudio (Robert Cl.-F. et al.) se ha acentuado más. Los toxicómanos se infectan menos en cuanto antes empiezan la toma de metadona, a causa de la disminución del intercambio de jeringas y del aumento en la utilización de preservativos.

8.- Anexo 3:

Cuestionario de Admisión - Escrutinio.

APELLIDOS: Variable informativa. N°:
NOMBRE: Variable informativa.
FECHA: Corresponde a la fecha de entrada.
JO=día de entrada / MO= mes de entrada /AO= año de entrada
Variables continuas

1.- Seguimiento N°:(T0=entrada / T1=6 meses / T2=1 año / T3=2 años.)

2.- Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

3.- Sexo: 1. femenino
2. masculino

4.- Estado civil: 1. soltero
2. casado
3. separado
4. divorciado
5. viudo

5.- Número de hijos a su cargo: _____

6.- Remitido por: 1. patronato
2. él mismo + entorno + servicios sociales
3. familia
4. amigos
5. él mismo
6. hospital
7. prisión
8. centro asesor de la mujer

7.- Peso: _____Kgs.

8.- Dosis de metadona: _____mgs.

9.- Escala de Beck: _____

9.B.- ¿ El paciente es seguido por un A.S. a la entrada al programa?: 1. Sí
2. No

10.- Principal ocupación los 30 últimos días: 1. sin trabajo
2. en prácticas
3. trabajo a tiempo completo

4. trabajo a tiempo parcial
5. estudios
6. actividades domésticas
7. en una institución

11.- Ganancias "legales" mensuales: _____ ptas.

12.- ¿Cuántos empleos desarrollo durante estos 6 últimos meses?: _____

13.- ¿Cuánto tiempo ha permanecido en el puesto de trabajo más duradero?:

1. < 1 mes
2. entre 1 y 3 meses
3. entre 4 y 6 meses
4. ningún empleo
5. no procede

14.- La actividad profesional de estos 6 últimos meses es considerada por el paciente como:

1. estable
2. temporal, irregular
3. no hubo empleo
4. no procede

15.- Número de semanas de actividad los últimos 6 meses (24 max.): _____

16.- Ayuda financiera los 6 últimos meses: 1. ninguna

2. pareja, conyuge
3. familia
4. terceros
5. hospicio g
6. paro
7. seguro de invalidez

17.- Cantidad actual de la deuda: _____ ptas.

18.- Cantidad de la deuda "positiva": _____ ptas.

(0=no hay deuda, por tanto no hay reembolso. 1=deuda, pero no reembolso)

19.- Lugar de convivencia los 30 últimos días: 1. apartamento o domicilio familiar

2. hotel o pensión
3. prisión
4. hospital
5. comunidad terapéutica
6. colegio

7. ocupa
8. casa de amigos
9. centro de acogida
10. en un barco

- 20.- Con quien:
1. padres
 2. pareja, conyuge
 3. amigos
 4. solo
 5. padres y pareja
 6. otros huéspedes
 7. niños

- 21.- Tentativas de reiniciar actividades los 6 ultimos meses:
1. Sí
 2. No

- 22.- El paciente se inyectó droga los 30 ultimos dias:
1. Sí
 2. No

- 23.- En caso afirmativo,¿ ha compartido material con alguien? (cuchara, agua, algodón para filtrar ó para desinfectar, etc.):
1. Sí (material compartido)
 2. No (material jamas compartido)
 3. No procede porque no hubo inyección

- 24.- Si ha compartido, ¿con quien?:
1. con su pareja habitual
 2. con otras parejas
 3. no procede porque no hubo inyección

- 25.-¿ El paciente ha utilizado algodones con alcohol antes de inyectarse, los ultimos 30 dias?
1. Sí (siempre)
 2. No (jamás)
 3. A veces
 4. No procede porque no hubo inyección

- 26.- Durante los 6 ultimos meses,¿ ha tenido relaciones sexuales con una pareja estable?
1. Sí
 2. No

- 27.- En caso afirmativo, ¿ha usado preservativo?:
1. Sí.
 2. No.
 3. A veces.
 4. No procede, no pareja estable.

- 28.- Durante los 6 ultimos meses,¿ ha tenido relaciones sexuales con pareja/s ocasional/es?
1. Sí
 2. No

- 29.- En caso afirmativo, ¿ha usado preservativos?:
1. Sí (siempre)
 2. No (jamás)

9.- Anexo 4:

Evolución de los pacientes entre los seis y los doce meses de tratamiento (Nº=109).

	N·	6 meses	12 meses	p··
Actividad profesional: si	99	35	35	N.S.
Media de semanas de actividad	100	77	81	N.S.
Ganancias legales: si	109	96	100	N.S.
Deuda: si	109	58	55	N.S.
Domicilio: apartamento	109	85	86	N.S.
Convivencia: solo	109	33	41	N.S.
Ayuda financiera: si	100	60	64	N.S.
Situación profesional: estable	84	22	25	N.S.
Tanteo a la escala de Beck: ≥ 19	99	31	32	N.S.
Serología VIH: positivo	99	18	18	N.S.
Serología hepatitis C: positivo	99	57	54	N.S.
Consumo de drogas via i.v.: si	100	51	49	N.S.
Intercambio de jeringas: si	51	9	7	N.S.

· Numero de pares comparados; ··N.S.= Diferencia no significativa $p > 0.05$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.