

# **Opinión de las y los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona.**

---

Trabajo de fin de grado de Trabajo Social

Tutora: Berta Puyol Lerga

Autora: María Virginia Feo Cabrera

Fecha de Convocatoria, defensa ante Tribunal 22 de julio de 2014.

# Índice

Introducción.....	2
1. Antecedentes teóricos .....	4
1.1. Los Programas de Mantenimiento con Metadona .....	4
1.1.1. Conceptos referidos a la metadona y los Programas de Mantenimiento con Metadona .....	4
1.1.2. Evolución histórica de los Programas de Mantenimiento con Metadona .....	7
1.1.3. Criterios de admisión, condiciones y tipos de Programas de Mantenimiento con Metadona .....	9
1.1.4. Criterios generales de funcionamiento de los Programas de Mantenimiento con Metadona.....	11
1.1.5. Duración del tratamiento, efectividad y retención de los pacientes en los Programas de Mantenimiento con Metadona .....	13
1.2. Los Recursos de atención a las drogodependencias .....	14
1.2.1. Los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud en la atención a las drogodependencias .....	16
1.2.2. Los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias .....	20
2. Objetivos .....	23
3. Metodología .....	23
4. Resultados .....	25
5. Análisis de datos .....	55
6. Conclusiones y Propuestas .....	59
6.1. Conclusiones .....	59
6.2. Propuestas .....	62
Referencia bibliográfica .....	63
Anexos.....	65
Anexo 1: Entrevista .....	65

## **Introducción**

El documento que se muestra corresponde al Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social. Consiste en un trabajo individual, realizado de forma autónoma por la estudiante bajo supervisión de una tutora. Se trata de una asignatura obligatoria de 12 créditos, ofertada en el segundo cuatrimestre del último año del grado y reconocida en el Plan de estudios del Grado en Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Esta asignatura permite desarrollar las competencias básicas para la investigación en Trabajo Social y para el ejercicio profesional, posibilitando al alumnado manejar su capacidad de analizar, sintetizar y razonar sobre el tema a investigar.

Con la realización de este estudio se ha conocido la opinión de las y los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud de los municipios de San Cristóbal de La Laguna y de Santa Cruz de Tenerife, sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona. Es fundamental el conocimiento de dicho programa, por parte de los profesionales del Trabajo Social, puesto que se trata de una de las principales estrategias terapéuticas para el tratamiento de la dependencia a la heroína. Reduce daños asociados al consumo de opiáceos y constituye una estrategia terapéutica para la reinserción social y el mantenimiento de la abstinencia.

Según Isorna y Saavedra (coords.) (2012) los programas de mantenimiento con sustitutivos de opiáceos ofrecen muchas de las condiciones que se dan para un tratamiento exitoso de la adicción. Curiosamente, los tratamientos con metadona han dado lugar a una gran controversia, a pesar de que han sido estudiados con profundidad para valorar los beneficios de su uso. Es necesario insistir en que el tratamiento con metadona, cuando se combina con intervenciones psicosociales, es la opción terapéutica más satisfactoria para los consumidores de heroína. Varios estudios demuestran que el tratamiento con metadona tiene mayores porcentajes de retención en el tratamiento y resultados significativamente positivos en lo que respecta al consumo de drogas, la actividad criminal, las conductas de riesgo, la transición del VIH, las sobredosis y la mortalidad.

Los resultados de esta investigación permitirán analizar si los y las profesionales del Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud

de los municipios de San Cristóbal de La Laguna y de Santa Cruz de Tenerife conocen el funcionamiento y efectividad del Programa de Mantenimiento con Metadona, permitiendo poder realizar mejoras en la intervención con estos pacientes llegando a aumentar la efectividad del programa. Según la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (2012) el trabajo en drogodependencias implica la coordinación y participación de múltiples recursos que afectan a la persona que presenta esta problemática. Por ello, se cuenta con canales de coordinación que permite un trabajo efectivo y multidisciplinar, para poder conseguir los objetivos terapéuticos propuestos.

Este documento cuenta con cinco grandes apartados, en el primer apartado se han desarrollado los conceptos referidos a la metadona y a los Programas de Mantenimiento con Metadona, la evolución de los Programas de Mantenimiento con Metadona, los criterios de admisión, las condiciones del programa y los tipos, su funcionamiento, la duración, efectividad y retención de los pacientes. En el segundo apartado se señala a, los Servicios Sociales Generales en atención a las drogodependencias. Así se incluye el Trabajo Social en los Servicios Sociales Municipales o Básicos y el Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, y los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias. Así se indican los objetivos del estudio, tanto el objetivo general, como los objetivos específicos. Posteriormente, se concreta el método que se ha utilizado para alcanzar los objetivos definidos, Señalando las características generales de la metodología. En el apartado cuatro se indican los resultados de la investigación, a partir de los cuales se realiza la discusión, las conclusiones y propuestas sobre el tema de investigación. Finalmente se señala las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos.

## **1. Antecedentes teóricos**

En este apartado se realiza una breve recopilación teórica sobre lo que se ha investigado hasta ahora en relación con el tema de estudio. Así, se encuentra una visión general sobre los conceptos referidos a la metadona y a los Programas de Mantenimiento con Metadona, la evolución de los Programas de Mantenimiento con Metadona, los criterios de admisión, las condiciones del programa y los tipos, su funcionamiento, la duración, efectividad y retención de los pacientes. También se hace alusión a los Servicios Sociales Generales en atención a las drogodependencias, donde se incluye el Trabajo Social en los Servicios Sociales Municipales o Básicos y el Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, y los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias.

### **1.1. Los Programas de Mantenimiento con Metadona**

#### **1.1.1. Conceptos referidos a la metadona y los Programas de Mantenimiento con Metadona**

Becoña (2002) indica que el consumo de drogas es un problema muy antiguo que acarrea un gran número de problemas a los consumidores, repercutiendo no solo a su esfera personal, sino también a la esfera familiar, social, sanitaria, etc.

Para poder entender este problema es necesario hacer referencia a los conceptos básicos sobre el mismo. Así, se entiende por droga, según la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico”* (Becoña, 2002, p. 21).

Según con Becoña (2002) y atendiendo a el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) existen 11 clases de drogas: alcohol; anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar; cannabis; alucinógenos; inhalantes; cocaína; opiáceos; fenciclidinas (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; y, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Nos centraremos en la heroína, puesto que el Programa de Mantenimiento con Metadona es el objeto de estudio de esta investigación. Según Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009), la heroína fue desarrollada a partir de la morfina y comercializada por Bayer en 1989, siendo utilizada para curar la adicción a la morfina, *“ya que tras las molestias que produce su consumo en las primeras ocasiones, aparecen el placer, la euforia y la reducción de la ansiedad”* (Becoña y Vázquez, 2001, p.17). Aunque poco después se reconoció su potencial adictivo y cesó su prescripción. En 1964 surgieron los programas con metadona, tras varios años de estudios en los que, comparando varios antagonistas opiáceos, se observó que con metadona no había que aumentar de forma indefinida la dosis y que no producía euforia cuando se administraba por vía oral. Según Soriano (2001) las propiedades y usos farmacológicos de la metadona se conocen desde los años cuarenta, aunque no fue hasta 1964, cuando Dole y Nyswander, propusieron su uso para tratar a los pacientes heroínómanos, suministrándola como sustitutivo en mantenimiento, y enfocando su objetivo más a la rehabilitación social que hacia la abstinencia. Así, se indicaba el uso de medicación opiácea como forma de controlar el abuso de drogas y posibilitar la rehabilitación de los adictos.

La metadona se considera como *un “agonista opiáceo de larga vida media utilizado ampliamente para la deshabituación de heroína por su elevada eficacia en el control de su consumo”* (Becoña y Cortes, 2011, p. 186). *“El fármaco se une a las proteínas en varios tejidos, lo cual conlleva una progresiva acumulación de metadona en el organismo. Esta acumulación permite que los efectos del fármaco perduren bastante tiempo después de la última administración y es la causa de que el síndrome de abstinencia a este antagonista aparezca más tarde que con morfina y heroína, y que sea mucho más prolongado en el tiempo”* (Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 2009, p. 56).

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2009) los programas de mantenimiento con metadona tienen como objetivo el tratamiento del síndrome de dependencia a opiáceos a través de la utilización de agonistas opiáceos, bien de clorhidrato de metadona, o bien de buprenorfina. *“Estos programas deben considerarse como un recurso asistencial más, útil y eficaz para un grupo determinado de pacientes, que debe utilizarse de forma coadyuvante con otras terapias”* (Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 2009, p. 78).

Isorna y Saavedra (coords.) (2012) indican que los programas de mantenimiento con

sustitutivos de opiáceos ofrecen muchas de las condiciones que se dan para un tratamiento exitoso de la adicción. Según Parrino (1997) los programas de mantenimiento con metadona, son una de las modalidades terapéuticas más utilizadas en el tratamiento de la dependencia a los opiáceos. Estos programas han permitido a un gran número de pacientes abandonar el consumo de heroína, así como mejorar su adaptación familiar, social y su estado de salud. Esto se asocia por lo general a una disminución del consumo de heroína, de las conductas delictivas y de la morbimortalidad, así como a un aumento de la actividad laboral y de la estabilidad social.

La década de los noventa, según Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009), se ha caracterizado por la consolidación de los programas de mantenimiento con metadona y por su rápida extensión. Los programas han proporcionado un recurso muy útil para muchos heroinómanos que no podían alcanzar o mantener la abstinencia, y que han conseguido con ellos normalizar su vida. Por tanto, deberán continuar teniendo un lugar destacado en el abordaje de las drogodependencias, sirviendo en algunos casos como tratamiento de elección durante largos períodos de tiempo o incluso de por vida. La introducción de los PMM en los barrios y ciudades ha sido un factor importante que ha dado lugar a la desaparición gradual del consumo de heroína. Los usuarios ven a la metadona como un medicamento que cura o sustituye a la sustancia que ellos consumen, siendo una sustancia, legítima, legal e institucionalizada. En definitiva, y continuando con estos autores, los PMM no constituyen la única alternativa a la dependencia a los opiáceos, pero han demostrado ser un recurso válido para muchos pacientes. Estos programas permiten por un lado, reducir las conductas perjudiciales o arriesgadas al consumo de opiáceos ilegales, y por el otro, mejorar la calidad de vida del paciente, potenciar estilos de vida saludables, reforzar el control de mujeres embarazadas heroinómanas, fomentar la recuperación psicosocial en pacientes que realicen actividades marginales, mantener un contacto diario con el paciente que mejore su tratamiento y propiciar el alejamiento de la "subcultura" de la droga.

### **1.1.2. Evolución histórica de los Programas de Mantenimiento con Metadona**

Según Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009) tras varios años de fracasos en el tratamiento de deshabituación a la morfina, como el uso de la cocaína para deshabituarse a morfinómanos, a principios del siglo XX el tratamiento de deshabituación a morfina lo realizaba el propio morfinómano, obteniendo en farmacias los productos para ello. Posteriormente, en los años veinte, se dictó el Acta Internacional que regulaba estas sustancias, y empezaron los programas específicos de desintoxicación, que fueron pasando por varias etapas de fracaso hasta llegar a los modelos actuales. Según estos autores, los programas con metadona se iniciaron en 1964, en el Instituto Rockefeller de Nueva York, con los esperanzadores resultados de los estudios de Vincent Dole y Marie Nyswander en los que se observó que con metadona no había que aumentar de forma indefinida la dosis y que no producía euforia cuando se administra por vía oral.

Según a Bobes, Casas y Gutiérrez (2002) estos resultados dieron lugar a que el gobierno norteamericano impulsara estos tratamientos, iniciando programas parecidos en otras ciudades de Estados Unidos y en otros países, como Canadá, Holanda, Gran Bretaña, etc. En Gran Bretaña, durante los años 60 y como consecuencia del aumento de dependientes a opiáceos, se promulgó una nueva legislación, en 1967, que cambiaría la prescripción de heroína por lo médicos vigente desde los años 20. En 1970 la metadona consumida de forma oral se convirtió en el nuevo sustitutivo de elección. Mientras que en Holanda, tras el fracaso asistencial, el objetivo principal del Gobierno fue el desarrollo de los PMM de fácil acceso y bajo nivel de exigencia, en todo el país, dando lugar a la políticas de reducción de daños. Con la aparición del VIH se generalizaron estos programas con el propósito de facilitar el acceso a un mayor número de pacientes para intentar frenar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Continuando con Bobes, Casas y Gutiérrez (2002), la década de los años 90 se caracterizó por la consolidación y expansión de los Programas de Mantenimiento con Metadona, dando lugar a un consenso internacional de aceptación de la terapia sustitutiva. En España, el tratamiento a las drogodependencias empezó a finales de los años 70 con los Programas Libres de Drogas (PLD), cuyo objetivo era la abstinencia. Hasta finales de los 80 no comenzaron a implantarse los programas de mantenimiento con metadona, que tras unos años de incertidumbre en los que se administraba

metadona sin apenas control o incluso por vía venosa, se regularon los programas de mantenimiento con metadona por las autoridades sanitarias. La normativa de 1990 permitió flexibilizar los criterios de inclusión, mientras que la modificación de 1996 posibilitó el acercamiento de estos programas a los pacientes. Según Parrino (1997) esto facilitó un marco conceptual y jurídico para la puesta en marcha de los tratamientos con metadona, siendo adaptado a las necesidades de cada Comunidad Autónoma.

Parrino (1997) también indica que, en los últimos años ha habido un aumento progresivo del número de centros y servicios que ofertan metadona para pacientes dependientes de opiáceos, observándose también un cambio en el número y tipo de pacientes que acuden a solicitar tratamiento en los servicios que ofertan programas de mantenimiento con metadona. En la actualidad, la organización y estructura básica de los PMM está en manos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Éste se coordina con las distintas Comunidades Autónomas, encargadas de iniciar los programas de atención a las drogodependencias. Por lo que no existen protocolos de actuación que regulen la organización ni la prestación de servicios de los PMM a nivel nacional. Cada Comunidad Autónoma ofrece el programa de metadona como una opción más de tratamiento dentro del plan autonómico de drogas, autorizando a los centros encargados de la prescripción y dispensación de metadona. La atención a las drogodependencias a nivel autonómico hace que la distribución y organización de los centros de tratamiento difiera notablemente de una comunidad autónoma a otra. Ya que en algunas comunidades la prescripción y la dispensación de metadona se realiza en el mismo centro, mientras que en otras existen centros solo prescriptores y centros solo dispensadores, ya sea dentro de la red de drogodependencias o en la red pública de asistencia sanitaria. Por un lado, la mayoría de los centros solo prescriptores o prescriptores/ dispensadores se encuentran ubicados en servicios específicos de drogodependencias, donde junto a los PMM se ofrecen otras modalidades de tratamiento. Mientras que por otro, la mayoría de los centros exclusivamente dispensadores se encuentran ubicados en centros de atención primaria.

Parrino (1997) indica que la mayoría de los centros implicados en los Programas de Mantenimiento con Metadona cuentan con financiación pública procedente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Una financiación en la que participan distintos organismos públicos, en especial las autoridades autonómicas.

Actualmente, todos los centros ofrecen diversos servicios y programas adicionales al tratamiento. Además de las intervenciones sanitarias, también se ofrece tanto apoyo psicológico como apoyo social. Estos programas pueden estar dirigidos a la gestión de necesidades básicas y de subsistencia, a la tramitación de ayudas y prestaciones económicas y a la organización y seguimiento de programas de reinserción/inserción social. Se gestionan desde los centros de tratamiento, ya sea recurriendo a la propia red de drogodependencias o bien a través de la actuación coordinada y el seguimiento de intervenciones y programas desarrollados a nivel local, autonómico o nacional. Dependiendo de la composición de los equipos terapéuticos y los recursos de cada centro de tratamiento, estos servicios se ofrecen de forma integrada en el propio centro o bien pueden derivarse algunos de ellos a la red de asistencia pública sanitaria.

### **1.1.3. Criterios de admisión, condiciones y tipos de Programas de Mantenimiento con Metadona**

Según Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009) son muchas las condiciones que conlleva un PMM para evitar resultados negativos, como el aumento de consumo de fármacos, mercado ilegal de metadona, robo, sobredosificación, etc. Algunas de ellas son:

- a) Establecimiento de un plan único, coordinado y con inscripción única de los pacientes, de ámbito nacional.
- b) Voluntariedad y consentimiento por escrito del paciente.
- c) Respeto a los criterios de inclusión establecidos.
- d) Tomar la mediación en presencia de un miembro del equipo, por lo menos en una primera fase. En fases posteriores se le permite llevar algunas dosis para que las tome en su domicilio.
- e) Nunca se debe de utilizar metadona por una vía que no sea la oral.
- f) Realizar análisis de orina, en presencia de algún miembro del equipo.
- g) Tener entrevistas con diferente frecuencia, según la fase del tratamiento, con el fin de establecer una psicoterapia coadyuvante.

Según la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (2012), como criterio general se aplicará la normativa del Real Decreto 5/96 de 15 de enero, que formula para la

inclusión en los Programas de Mantenimiento con Metadona, “la exigencia previa del diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos”: Heroinómanos con historia de adicción y criterio diagnóstico de dependencia.

Los siguientes criterios deben de tenerse en cuenta a la hora de priorizar los casos:

- La edad mínima de admisión al es de 18 años, aunque también pueden ser admitidos pacientes menores de edad que tengan autorización de sus padres, tutores o estén emancipados.
- Mujeres embarazadas.
- Patologías graves e historia de abuso de múltiples sustancias.
- Pacientes remitidos de otros Programas de Mantenimiento con Metadona o Centros Asistenciales.
- Pacientes que consumen sustancias con trastornos psicóticos.
- Repetidos fracasos terapéuticos en otros programas de Centros Acreditados.
- Adictos a drogas por vía parenteral.
- Pacientes que consumen drogas de difícil adherencia a otras modalidades de tratamiento.

En los que se refiere a los programas, Bobes, Casas y Gutiérrez (2002) consideran que existen tantos tipos de programas como pacientes que se pueden encontrar en ellos, ya que cada paciente debe recibir un tratamiento personalizado en función de su situación y las estrategias de intervención diseñadas para él. Para estos autores los tipos de programas de mantenimiento con metadona se dividen en tres; en función de los objetivos (en los que se encuentran los PMM adaptativos, los PMM orientados al cambio y los PMM paliativos), en función de la duración y en función del nivel de exigencia (en el que se distinguen los de bajo umbral y alto umbral):

- *“En función de los objetivos*

*1.- PMM adaptativos: El objetivo prioritario es la readaptación personal y social del paciente más que el objetivo abstinencia. El mantenimiento se plantea de duración indefinida, utilizando dosis altas (>80 mg. al día).*

2.- *PMM orientados al cambio: El objetivo final sería la abstinencia del consumo de opiáceos, promoviéndose la desintoxicación. Se utilizan dosis bajas de metadona.*

3.- *PMM paliativos: El objetivo principal no reside en conseguir la readaptación social ni el logro de la abstinencia, sino en disminuir los daños que el consumo de drogas lleva implícito (prostitución, SIDA, delincuencia...).*

- *En función de la duración*

*La metadona se puede utilizar en tratamientos cortos de desintoxicación (menos de un mes) o de desintoxicaciones prolongadas (menos de 6 meses), y de mantenimientos cortos (período de 6 a 1 año) o prolongados (superiores a 1 año).*

- *En función del nivel de exigencia*

*Se distinguen dos tipos de programas:*

1.- *Bajo umbral: El objetivo de los programas es el de establecer contacto con el mayor número posible de pacientes heroínómanos y la retención de éstos en el programa.*

2.- *Alto umbral: El objetivo es la abstinencia, estos exigen unos requisitos para que el paciente sea incluido y pueda permanecer en el programa” (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2002, p. 143).*

#### **1.1.4. Criterios generales de funcionamiento de los Programas de Mantenimiento con Metadona**

Atendiendo a Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009) los criterios actuales abogan por una individualización del tratamiento, y hacen especial hincapié en una correcta dosificación inicial. Según la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (2012) tras la decisión de los responsables del tratamiento y el adicto de incluirlo en un PMM, se realiza una muestra de orina para analizarla y verificar que existen metabolitos de opiáceos en orina, según lo señalado en el RD 5/96, de 15 de enero.

Tras la confirmación, el paciente es derivado al PMM, con una dosis de metadona inicial, prescrita por el médico. El Servicio de Farmacia, envía una solicitud de petición de alta al programa a la Dirección General de Drogodependencias, con la fecha de

inicio. Se recibe la respuesta de alta por parte de la Comisión de Admisiones con la notificación de la fecha de entrada, en menos de 48 horas. A continuación, se procede a registrar los datos del paciente en su ficha personal y a la dispensación de su dosis de metadona. Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009) indican que, en cuanto al tiempo de retención, es necesario que el paciente permanezca el tiempo suficiente en el programa para conseguir mejoras relevantes en su vida y es necesario advertir desde el principio de la posible larga duración del tratamiento.

El protocolo de actuación de los programas sustitutivos opiáceos, del II Plan Canarios sobre Drogas (2003) define que los objetivos terapéuticos de los Programas de Mantenimiento con Metadona son:

1. *“Reducir y/o suprimir el consumo de opiáceos ilegales al desaparecer la necesidad de autoadministración de heroína.*
2. *Disminuir comportamientos de riesgo, evitando accidentes en los adictos (patología orgánica y sobredosis fundamentalmente).*
3. *Aumentar y mejorar la calidad de vida de los usuarios.*
4. *Provocar el bloqueo narcótico de la heroína.*
5. *Favorecer la adquisición de responsabilidades familiares, laborales y sociocomunitarias.*
6. *Reducir los costes sociosanitarios y obtener la máxima rehabilitación.*
7. *Favorecer la adquisición de habilidades en las relaciones y conductas sociales.*
8. *Fomentar un estrecho contacto con el Centro de Tratamiento, posibilitando el acceso del usuario a otros programas complementarios y más ambiciosos”* (Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo Dirección General de Atención a las drogodependencias, 2003, p. 1).

Algunos programas comienzan con una fase previa, de tratamiento intensivo, que dura unos 6 meses. Al final de este primer programa, el equipo terapéutico y el paciente deciden si se puede interrumpir el tratamiento. Si la decisión que se adopta es la de continuar en el PMM, ya no hay un límite superior al tiempo de duración. Cuando el equipo decide suspender la metadona, se va reduciendo la dosis semanalmente con el fin de suspenderla en tres o seis meses.

### **1.1.5. Duración del tratamiento, efectividad y retención de los pacientes en los Programas de Mantenimiento con Metadona**

Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009) se refieren a la expresión duración del tratamiento, al tiempo en que se mantiene la administración de metadona. Teniendo en cuenta las decisiones tomadas por el médico y otros profesionales en cooperación con los pacientes, basándose en una evaluación cuidadosa y continuada de la eficacia del tratamiento. A la hora de decidir si se pone fin al tratamiento hay que tener en cuenta factores como, riesgo/beneficio, grado de rehabilitación, deseos del usuario, respuesta al tratamiento, etc.

Para Parrino (1997) la expresión retención en tratamiento se refiere a la capacidad y a la voluntad del paciente de seguir en el tratamiento, lo cual está influenciado por una combinación de características del paciente y del programa. La retención constituye un elemento esencial para alcanzar una óptima duración del tratamiento. Para mejorar la duración y la retención en los Programas de Mantenimiento con Metadona hay que tener en cuenta en primer lugar, que los pacientes con adicción crónica, deben de continuar con el tratamiento tanto tiempo como sea posible. En segundo lugar, acelerar el proceso de admisión de los candidatos. Y por último, considerar la retención en el tratamiento como un objetivo principal del tratamiento.

Según Insúa y Grijalvo (2000) los PMM son los más utilizados y los que han sido más investigados entre los programas de sustitución con opioides. Fernández (2005) coincide en la efectividad de los PMM, adjudicándoles evidente éxito en: capacidad de retención en tratamiento, disminución del consumo de drogas ilegales, de las prácticas de riesgo en su uso, de la comorbilidad (VIH, hepatitis víricas), de la mortalidad y de la criminalidad asociada, y aumento en general de la calidad de vida del drogodependiente.

Insúa y Grijalvo (2000) indican que el éxito de los PMM parece estar más en relación con las características asistenciales que con características del paciente en tratamiento. Se ha demostrado que los conocimientos, actitudes y conductas de los profesionales que trabajan en los PMM van a ser determinantes para el triunfo del paciente en el programa. A pesar de la unánime opinión positiva sobre los PMM, hay una serie de cuestiones negativas que es necesario abordar: algunos usuarios aumentan su consumo de otras sustancias (especialmente alcohol y cocaína), continúan con los

comportamientos de inyección y existe un desvío al mercado ilegal de una parte de la metadona dispensada.

Según Insúa y Grijalvo (2000) esta realidad, obliga a tener en cuenta las cuestiones negativas en el abordaje de las drogodependencias, y la compatibilidad de una oferta de programas en los servicios. Por lo que el paciente debe poder utilizar distintos programas complementarios a la vez. Que su programa primario sea un PMM u otro, no quiere decir que no pueda participar en programas de prevención de recaídas, en intercambio de jeringuillas, en talleres de prevención de sobredosis o en programas de sexo más seguro.

## **1.2. Los Recursos de atención a las drogodependencias**

Según Soriano (2001) los trastornos y problemáticas derivados de la adicción a las drogodependencias requiere la cooperación y colaboración tanto de los Servicios Sociales Generales como de los Servicios Sociales Especializados de atención a drogodependencias. Carrón y Sánchez (coords.) (1995) consideran que la intervención con drogodependientes requiere incidir, además de en el área drogas, en ámbitos relacionados con la actividad de los Servicios Sociales Generales, tales como las relaciones familiares e interpersonales, educativo, formativo – ocupacional, etc. No es posible conseguir avances significativos en la superación de las relaciones de dependencia hacia ciertas drogas, si paralelamente no se producen cambios en su contexto familiar, relaciones personales o en los hábitos y conductas cotidianas. Los modelos de intervención asistencial en drogodependencias deben de garantizar un trabajo conjunto y coordinado entre los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados.

Según Plan Nacional sobre Drogas (Soriano, 2001) el Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes se configura como una red de asistencia pública, y en el que se tienen que coordinar los centros y servicios generales, especializados y específicos, que presentan asistencia ambulatoria y en régimen residencial.

El Consejo General del Trabajo Social (2014) estructuran a los Servicios Sociales en dos niveles:

- Servicios Sociales Generales: que están dirigidos a toda la población, Integran prestaciones básicas y específicas. Reciben otras acepciones: Servicios Sociales de Base, Servicios Sociales Comunitarios, o Servicios Sociales de Atención Primaria. Entre sus objetivos están: informar y orientar sobre derechos y recursos; realizar prevención e inserción social y familiar; prestar ayuda a domicilio; dar prestaciones de alojamiento y convivencia.
- Servicios Sociales Especializados: dirigidos a colectivos específicos de población (tercera edad, infancia, juventud, toxicómanos, personas sin hogar, etc.), y se relacionan con las necesidades personales y características grupales de los usuarios. Estos servicios se organizan y gestionan en función de colectivos o sectores de población a los que van dirigidos: infancia, mayores, mujer, etc. La especialización se identifica con las diferencias de los usuarios por cuestiones de edad, sexo y otras características personales.

*“Desde los Servicios Sociales Generales comunitarios o de atención primaria se atienden mayormente los aspectos relacionados con la prevención secundaria y la reinserción social, mientras que la prevención terciaria, junto con los tratamientos, quedan en la esfera de los Servicios Sociales Especializados”* (Soriano, 2001, p. 116).

Fernández y Alemán (coords.) (2003) señalan que tanto en el primer nivel como en el segundo desarrollan su tarea las y los trabajadores sociales. *“la intervención del trabajador social aporta el tratamiento de los factores psicosociales y el trabajo que se realiza con las personas, los indicadores de los factores socioambientales, así como la existencia de los recursos sociales de la propia organización y los recursos vinculados a las redes de servicios externas, tales como servicios sociales, centros y servicios especializados”* (Barranco, 2008, p. 149).

Martínez Román (Barranco, 2008) indica que los Servicios Sociales son concebidos como medios de una política social que pretende el bienestar social de toda la

población, son prestaciones técnicas que se ponen a disposición de toda la población con el fin de facilitar el proceso de Desarrollo Humano de todos los ciudadanos, haciendo efectiva su plena integración social y ofreciendo los apoyos necesarios para la prevención y la superación de los posibles obstáculos que impidan o dificulten el desarrollo humano pleno.

### **1.2.1. Los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud en la atención a las drogodependencias**

*“Los diferentes planes sobre drogas coinciden en otorgar a los Servicios Sociales Generales un papel relevante en el tratamiento de las drogodependencias, circunstancias que se concreta en que numerosas redes asistenciales incorporen a estos, al menos con carácter funcional, como un elemento o recursos de las mismas”* (Carrón y Sánchez, 1995, p. 76).

Según Soriano (2001) los Servicios Sociales Generales suelen ser receptores de demandas de tratamiento por parte de personas afectadas o familiares, aunque también pueden detectar casos de pacientes que han generado una dependencia. Normalmente la problemática de las adicciones se deriva a los servicios especializados, existiendo una coordinación entre ambos.

Para Cano y Mayor (1998, s.r.f. Soriano 2001 p. 116) el rol de los Servicios Sociales Generales en relación a la problemática de las drogodependencias son:

- *“Detectar las necesidades del consumidor que convive en el “hábitat” comunitario, y de su familia.*
- *Intervenir en todos los niveles, informando, asesorando y orientando al paciente.*
- *Derivar a un recurso especializado, garantizando una canalización adecuada de la situación.*
- *Mantener los cauces de colaboración con los Servicios Sociales Especializados después de realizar la derivación.*
- *Realizar todo tipos de funciones que sean necesarias para la resolución de la*

*situación y colaborar con el equipo especializado.*

- *Promover conductas de cambio en los consumidores de drogas y en sus familias para mejorar la calidad de vida en la comunidad”.*

Carrón y Sánchez (1995) señalan que el papel atribuido a los Servicios Sociales en la atención del colectivo drogodependiente se ha visto propiciado por el consenso que existe entre los técnicos que trabajan en el área de drogas, a la hora de establecer que no es posible un abordaje terapéutico de las drogodependencias incidiendo exclusivamente en la relación de dependencia que un sujeto desarrolla respecto a determinadas sustancias, sin actuar sobre el contexto en el que se produce el problema. Será preciso, por tanto que los servicios especializados valoren la existencia de problemas sociales, por parte del paciente en tratamiento, o en su entorno familiar, solicitando la intervención de los servicios sociales generales cuando sea necesario. *“Todo ello sin perjuicio de que de manera general todos los usuarios de los recursos especializados reciban información de la oferta de una serie de servicios comunitarios básicos a los que pueden acceder”* (Carrón y Sánchez, 1995, pp. 79-80).

Según Soriano (2001) para poder dar respuesta a las diferentes problemáticas que puedan presentarse, los Servicios Sociales están integrados por equipos de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan de forma coordinada para ofrecer una respuesta individualizada e integral. El equipo técnico de Servicios Sociales puede estar integrado por: trabajadores sociales, psicólogos, psicopedagogos, educadores sociales, técnicos de orientación laboral, abogados, agentes de igualdad... etc. El profesional que va a atender al paciente en un primer momento será la o el trabajador social, que a través de diferentes herramientas y técnicas, como la entrevista o la visita a domicilio, realizará una primera evaluación de cada caso, poniendo al paciente en contacto con los profesionales o recursos que mejor se adaptan a la situación. Las intervenciones que se realizan desde servicios sociales siempre están guiadas por el secreto profesional y el respeto a la autodeterminación de cada persona.

Según Becoña y Cortes (2011) el tratamiento de las drogodependencias y adicciones exige en muchas ocasiones que el profesional de la red de atención a las drogodependencias se coordine con profesionales de otros servicios diferentes. Hay que

tener en cuenta la enorme cantidad de problemas que presentan estos pacientes: como la alta tasa de desempleo, problemas de maltrato, personas que carecen de vivienda, etc. Es, por todo ello, que los profesionales de los centros de atención a las drogodependencias continuamente deben coordinarse con otros servicios no especializados en adicciones, como son los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud, para poder lograr una intervención integral.

Para Fernández y Alemán (coords.) (2003) el trabajador social en los Servicios Sociales Municipales o básicos desarrolla un proceso de intervención que corresponde con el denominado “método básico”. Su composición varía en función de la Comunidad, dotación y tipo de administración en los que se ubican. El profesional es el responsable de recibir las demandas expresadas por la persona o de capturar aquellas que puedan estar latentes. Posteriormente, llevará a cabo el estudio en profundidad de la situación, lo que permitirá establecer en el diagnóstico las necesidades existentes y planificar la intervención. Las principales actividades que realizan los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales o de base son:

- Recepción de las demandas.
- Estudio completo de la situación individual/familiar.
- Valoración de las necesidades sociales existentes y establecimiento del diagnóstico social.
- Prescripción de la intervención que se va a realizar y de los recursos necesarios para ello.
- Derivación a los servicios o programas pertinentes.
- Seguimiento de la intervención y del proceso en los programas o servicios que la estén llevando a cabo y coordinación con estos.

Según Barranco (2008) las y los trabajadores sociales intervienen desde los Centros de Salud y Consultorios Locales de las Zonas Básicas de Salud con la población, para dar respuesta a las necesidades y problemas sociales que se generan con la enfermedad, desarrollando su quehacer en la atención y prevención de las situaciones sociales que inciden en la salud. El equipo básico de Atención Primaria está constituido por

profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social. *“Este equipo trabaja con las personas a nivel individual-familiar, grupal y comunitario, para garantizar la globalidad y continuidad de la atención a largo de las etapas evolutivas de las personas, trabajando en la promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, mantenimiento y recuperación de la salud y rehabilitación”* (Barranco, 2008, p.147).

En general, este primer nivel de atención el Trabajo Social comprende una población adscrita a su Zona Básica de Salud, y esa población está compuesta por personas sanas, en riesgo de enfermar y enfermas; además, entre las personas enfermas se diagnostican diversas patologías.

Siguiendo con Barranco (2008) las funciones generales del trabajador social en Atención Primaria de Salud están vinculadas a las siguientes Áreas:

- *“Área de Atención Directa: las funciones están orientadas hacia la atención integral.*
- *Área de Salud Pública y Control Sanitario: dirigida a la función de promoción de la salud en la vertiente social.*
- *Área de Administración y Gestión: asumiendo la programación y evaluación de los servicios sanitarios y otras actividades.*
- *Área de Investigación y Docencia: aportando los conocimientos propios de la disciplina, desde la perspectiva social”* (Barranco, 2008, p. 151).

Para Becoña y Cortes (2011) los Servicios Sociales Municipales o básicos y de Atención Primaria de Salud constituyen un recurso muy cercano al ciudadano que atiende demandas muy diversas. En ocasiones, los problemas que demanda el ciudadano en estos recursos están relacionados con las adicciones, por lo que los profesionales que trabajan en ellos suelen tener la oportunidad de realizar una detección precoz de los problemas de drogodependencia. Esta detección permite que las personas afectadas de este problema puedan recibir información sobre los recursos especializados en adicciones, facilitándole el contacto con los dispositivos asistenciales para el inicio del tratamiento. Siendo necesaria la coordinación con estos recursos cuando en los centros de atención a las drogodependencias se detectan graves carencias sociales que afectan al

paciente y a la familia en su conjunto, facilitando información a los usuarios y a sus familias sobre prestaciones sociales y cualquier tipo de ayudas que puedan mejorar la situación familiar de los pacientes.

### **1.2.2. Los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias**

Para Fernández y Alemán (coords.) (2003) los Servicios Sociales Especializados dan respuesta a situaciones y necesidades que requieren tecnologías o recursos muy específicos. Estos servicios se prestan en equipamientos específicos y se orientan a dar respuesta a situaciones y necesidades sociales que requieren una especialización técnica. Los Servicios Sociales Especializados pueden ser de titularidad pública o prestada por entidades diversas (tanto de iniciativa social como mercantil) que intervienen en este sector.

A través de los Servicios Sociales Especializados las y los trabajadores sociales, conjuntamente con otros profesionales, han ido generando una amplia cartera de Servicios Sociales entre los que cabe mencionar (De las Heras 2002 s.r.f. Barranco 2008): a) servicio de información, orientación y asesoramiento; b) servicios de ayuda a domicilio; c) servicios de alojamiento alternativo; y, d) servicios u programas de prevención e inserción, para fomentar la participación en la vida económica y social en centros de día, centros ocupacionales, centros de empleo, acceso al mundo laboral y clubs.

Según la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (2012) las funciones que realizan las y los trabajadores sociales en los Servicios Sociales Especializados son las siguientes:

1. Comienza con un primer contacto con la persona donde se le informa, se le orienta y se le asesora tanto al paciente, como a familiares acerca de los recursos que disponen para resolver el problema, cumpliendo de ese modo con la función de información, orientación y valoración.
2. Una vez atendida la demanda, se inicia una fase de acogida, si el caso lo precisa, donde se empieza a construir el sistema terapéutico. Por tanto vemos como es

en la fase de acogida donde se recoge y canaliza la demanda del paciente y la familia, creando para ello un clima de diálogo y escucha e informando del recurso y del tratamiento. Se realiza igualmente la recogida de información tanto a nivel tóxico como a nivel social. Hablamos de historias sociales donde quedan registrado los datos personales, familiares, sanitarios, laborales, educativos y cualesquiera otros significativos de la situación socio-familiar de un usuario así como la demanda, el diagnóstico y la subsiguiente intervención y evolución de la situación.

3. Aparece en este momento otra función fundamental como es la de valoración y diagnóstico, donde se valora el caso y los aspectos que inciden en él como por ejemplo el grado de motivación, el nivel de desestructuración, los recursos personales, familiares y comunitarios. Así mismo, se establecen compromisos para cumplir las indicaciones y recursos terapéuticos.
4. A continuación se inicia un tratamiento con terapias a nivel individual, familiar o grupal, cuyas tareas son la firma de contrato terapéutico en el programa libre de drogas (con familiar o sin familiar) y en el programa de mantenimiento con metadona (con el usuario y la familia), e iniciar y desarrollar la intervención orientada a la deshabituación.
5. Finalmente se hace un seguimiento del caso donde se produce una revisión de logros y objetivos, es decir, se observa si los resultados están siendo positivos o no.

Por lo tanto, y de un modo más esquemático las funciones que puede desempeñar una trabajadora o trabajador social en los Programas de Mantenimiento con Metadona:

- Solicitud de lista de espera de metadona.
- Ficha de alta de metadona.
- Firma de contrato terapéutico de paciente de metadona.
- Firma de contrato terapéutico del responsable de metadona.
- Traslado de paciente de metadona a otros centros dispensadores.

- Coordinación y derivación para la dispensación de metadona en Farmacia.
- Tratamiento a nivel individual, familiar o grupal.

Según el II Plan Canario de Drogodependencias (2008) y III Plan Canario de Drogodependencias (2010) la tipología de centros y servicios especializados de atención a las drogodependencias son:

- Unidades de Atención a las Drogodependencias.
- Centros y Programas de metadona.
- Servicios de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).
- Centros de Día (CD).
- Unidades Semirresidenciales de Atención a las Drogodependencias.
- Comunidades Terapéuticas (CT).
- Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias.
- Unidad Ambulatoria de Farmacia.
- Programas Específicos en Establecimientos Penitenciarios.
- Otros recursos y programas para la asistencia y tratamiento, con mayor contenido social, son los Centros de Encuentro y Acogida (CEA).

Uno de los factores que hace compleja la atención a los pacientes con adicción a drogas es la variedad de situaciones vitales a las que les ha llevado su consumo. Por ello, se han desarrollado diferentes recursos para cubrir las distintas necesidades de los pacientes.

## 2. Objetivos

- **Objetivo general:** Conocer la opinión de las/los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud de los municipios de San Cristóbal de La Laguna y de Santa Cruz de Tenerife sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM).
  
- **Objetivos específicos:**
  1. Conocer la opinión de las y los trabajadores sociales sobre la eficacia de los Programas de Mantenimiento con Metadona.
  2. Conocer la opinión de los profesionales del Trabajo Social sobre el funcionamiento de los Programas de Mantenimiento con Metadona.
  3. Conocer la coordinación que existe entre las/los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Generales y de los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias.

## 3. Metodología

En este proyecto se desarrollara una investigación basada en un método cuantitativo, *“la investigación cuantitativa requiere métodos relacionados con estadísticas y datos cuantitativos”* (Cisneros, 2012, p.7). Atendiendo a Cortes e Iglesias (2004) la investigación cuantitativa toma como centro de su proceso de investigación a las mediciones numéricas, utiliza la observación del proceso en forma de recolección de datos y los analiza para llegar a responder sus preguntas de investigación.

El proceso de trabajo ha sido:

1. Formulación del proyecto de investigación. Este contó con 6 grandes apartados referidos a la justificación, antecedentes teóricos, los objetivos, el método, la temporalización y las referencias bibliográficas utilizadas.
2. La consulta y selección de diferentes fuentes documentales de la Biblioteca de la ULL y otros documentos de internet sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona y las funciones de los profesionales del Trabajo Social de los Servicios Sociales Generales y de los Servicios Sociales Especializados de

atención a las drogodependencias; con el fin de facilitar la formulación del tema a investigar.

3. Realización de entrevistas semiestructuradas a las/los trabajadores sociales tanto de los Servicios Sociales Generales como de los Especializados de atención a las drogodependencias.

*“La entrevista es una técnica de recogida de información, y por tanto de evaluación; (...). Su versatilidad y flexibilidad permiten moldear una entrevista para cada finalidad y adaptarla a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador, lo que confiere una gran ventaja (...)”* (Perpiña, 2012, p. 23). Se opta por elegir la entrevista semiestructurada, puesto que *“las preguntas tienen algún tipo de estructuración: el guion está formado por áreas concretas, dentro de las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada”* (Perpiña, 2012, p. 31).

Respecto a las técnicas de recogida y análisis de datos, *“las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información. Son ejemplos de técnicas; la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades: oral o escrita (cuestionario), la entrevista, el análisis documental, análisis de contenido, etc.”* (Arias, 2006, p. 111).

En este caso se utilizara, la encuesta (cuestionario), la entrevista y el análisis documental ya que son las técnicas de recogida de datos que mejor se adaptan a esta investigación. *“El análisis de datos es la manipulación de hechos y números para lograr cierta información técnica que ayudara al administrados a tomar una decisión apropiada”* Namalforrosh, 2005, p. 228).

4. Vaciado de los datos obtenidos, con ayuda del Microsoft Excel 2010.
5. Realización de las tablas y las gráficas correspondientes.
6. Reflexión y análisis de las tablas y gráficas.
7. Redacción del informe y formulación de las conclusiones.

## 4. Resultados

El total de los Centros de Atención Primaria de Salud y de las Unidades de Trabajo Social en los municipios de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna que conforman la población de estudio asciende a 22 centros, 10 Centros de Atención Primaria de Salud y 12 Unidades de Trabajo Social, pero sólo ha sido posible ejecutar un 86% de total, es decir, 19 entrevistas. Las tres entrevistas que no se han podido realizar corresponden a la UTS de Tejina-Bajamar-Punta del Hidalgo, UTS de los Gladiolos y UTS de Barranco Grande, por motivos de sobrecarga laboral.

Para presentar los resultados obtenidos se atiende a la estructura y a los contenidos de las entrevistas realizadas. Esta se divide en dos partes. Así, en la primera parte se recogen datos de identificación del entrevistado/a y en la segunda parte se muestran el total de 38 preguntas para averiguar la opinión de las y los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud de los municipios de San Cristóbal de La Laguna y Santa Cruz de Tenerife, sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona.

### 4.1. Perfil de los profesionales del Trabajo Social entrevistados

**Tabla 1: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según el sexo**

Sexo	SS.SS. M.		S. A. P. S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Mujeres	8	89%	9	90%	17	89%
Hombres	1	11%	1	10%	2	11%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

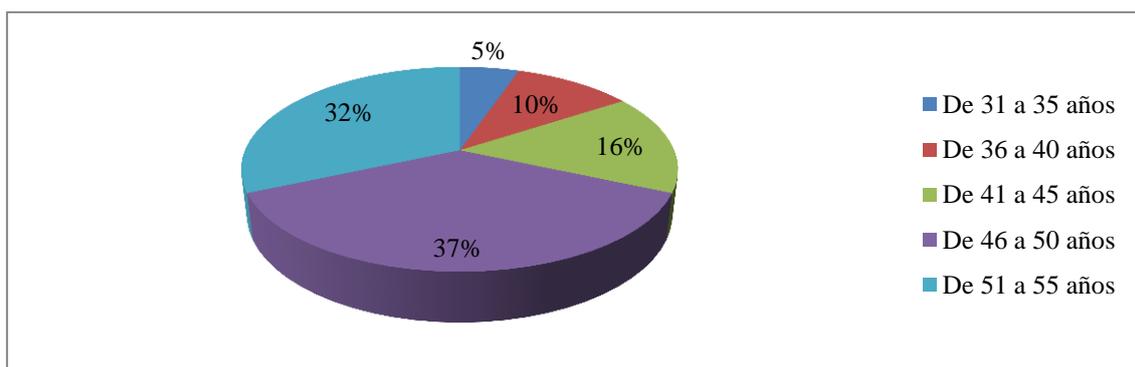
Respecto al sexo de los profesionales entrevistados, se observa como de los 19 entrevistados, 17 profesionales del Trabajo Social son mujeres frente a solo dos trabajadores sociales hombres.

**Tabla 2: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según la edad**

Edad	SS.SS. M.		S. A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
De 31 a 35 años	1	11%	0	0%	1	5%
De 36 a 40 años	2	22%	0	0%	2	10%
De 41 a 45 años	3	34%	0	0%	3	16%
De 46 a 50 años	2	22%	5	50%	7	37%
De 51 a 55 años	1	11%	5	50%	6	32%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 1: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según la edad**



**Fuente:** Elaboración propia.

En relación a la edad de los profesionales entrevistados, en el cuadro y gráfico anterior se observa que el intervalo de edad de 41 a 45 años (34%) es el más frecuente en los/as profesionales de Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales, seguido de los intervalos de 36 años a 40 años y de 46 a 50 años (22%). Mientras que los intervalos de edad más frecuente en los/as profesionales del Trabajo Social de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud son de 46 a 50 años y de 51 a 55 años (50% respectivamente). Por lo que se puede afirmar que los profesionales que trabajan en los Servicios Sociales Municipales son más jóvenes que los que trabajan en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud. Respecto al total indicar que los intervalos de edad de 46 a 50 años y de 51 a 55 años suponen más del 65% del total.

**Tabla 3: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según el año en que finalizaron la carrera**

Año en que finalizaron la carrera	SS.SS. M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
De 1984 a 1988	2	22%	7	70%	9	48%
De 1989 a 1992	2	22%	3	30%	5	26%
De 1993 a 1996	1	11%	0	0%	1	5%
De 1997 a 2000	3	34%	0	0%	3	16%
De 2001 a 2004	1	11%	0	0%	1	5%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

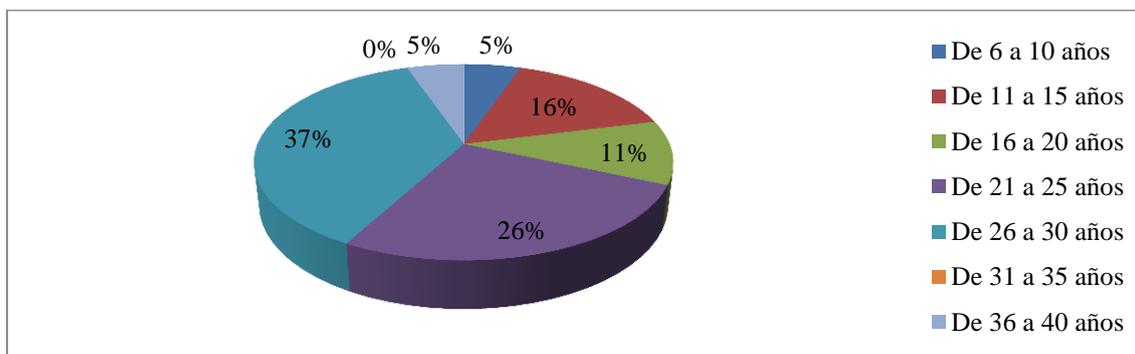
En cuanto al año en que los profesionales finalizaron la carrera, por un lado, el cuadro muestra que el intervalo de año, que va de 1984 a 1988 (34%) es el más frecuente en el que los/as profesionales del Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales finalizaron su carrera. Continuando con el intervalo de 1984 a 1988 y de 1989 a 1992 (22% respectivamente). Por otro, refleja como el intervalo de año que va de 1984 a 1988 es la respuesta que más se repite en los/as profesionales del Trabajo Social de Atención Primaria de Salud (70%) seguido del intervalo 1989 a 1992 (30%). Podríamos afirmar que el 74% de los profesionales entrevistados finalizaron la carrera hace más de 20 años. En los SS.SS Municipales, más del 50% finalizó la carrera de 1993 a 2004 mientras que en Atención Primaria de Salud más del 70% lo hizo entre 1984 y 1988. Esto indica que los trabajadores de Atención Primaria de Salud terminaron la carrera hace más años y cuentan con más edad.

**Tabla 4: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según los años que llevan ejerciendo**

Años que llevan ejerciendo	SS.SS. M.		S. A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
De 6 a 10 años	1	11%	0	0%	1	5%
De 11 a 15 años	3	34%	0	0%	3	16%
De 16 a 20 años	2	22%	0	0%	2	11%
De 21 a 25 años	1	11%	4	40%	5	26%
De 26 a 30 años	2	22%	5	50%	7	37%
De 31 a 35 años	0	0%	0	0%	0	0%
De 36 a 40 años	0	0%	1	10%	1	5%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 2: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según los años que llevan ejerciendo**



**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto a los años que los profesionales entrevistados llevan ejerciendo, en el cuadro y gráfico anterior se observa como el intervalo de 11 a 15 años es el más frecuente (34%) para los/as profesionales que ejercen en los Servicios Sociales Municipales, seguido del intervalo de 16 a 20 años y de 26 a 30 años (22% respectivamente). Mientras que el intervalo que va de 26 a 30 años (50%) es el intervalo más frecuente para los/as profesionales que trabajan en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, continuando con el intervalo que va de 21 a 25 años (40%). Por lo que casi el 80%

lleva ejerciendo 16 años o más. Respecto al total señalar que los intervalos de años de 21 a 25 años y de 26 a 30 años suponen más de 60 % del total.

**Tabla 5: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según los años que llevan en el recurso el profesional**

Años que lleva en el recurso	SS.SS. M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
De 0 a 5 años	3	34%	2	20%	5	26%
De 6 a 10 años	2	22%	0	0%	2	11%
De 11 a 15 años	2	22%	2	20%	4	21%
De 16 A 20 años	1	11%	0	0%	1	5%
De 21 a 25 años	0	0%	4	40%	4	21%
De 26 a 30 años	1	11%	2	20%	3	16%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación con los años que lleva el profesional en el recurso, en el cuadro se observa que el intervalo de años que va de 0 a 5 años (34%) es el más frecuente para los/as profesionales del Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales, lo sigue el grupo de intervalos que van de 6 a 10 años y de 11 a 15 años (22%). Mientras que la mayoría de los/as profesionales de Trabajo Social de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud llevan en ese recurso de 21 a 25 años (40%), continuando con los intervalos que va de 11 a 15 años y de 26 a 30 años (20% respectivamente). Podría afirmarse que el 78% de los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales lleva trabajando 15 años o menos, al contrario que los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud que la mayoría lleva en ese recurso más de 20 años con un 60%.

**Tabla 6: Profesionales del Trabajo Social entrevistados según la formación especial en drogodependencias**

Formación especializada en drogodependencias	SS.SS. M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	2	11%	0	0%	2	29%
No	7	89%	10	100%	17	71%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En cuanto a la formación especializada en drogodependencias, los resultados analizados reflejan que solo el 29% de los entrevistados disponen de formación especializada en drogodependencias. Destaca que los dos profesionales que disponen de formación especializada en drogodependencias trabajan en los Servicios Sociales Municipales. Respecto al total indicar que más del 71% de los profesionales no disponen de formación especializada en drogodependencias.

El perfil profesional de los entrevistados es:

- Mujer (89%).
- Con edad comprendida entre 46 y 50 años (37%).
- Finalizó la carrera entre los años 1984 a 1988 (48%).
- Lleva ejerciendo como trabajador social de 26 a 30 años (37%).
- Trabajando en el recurso donde fue entrevistado más de 20 años (37%).
- No posee formación especializada en drogodependencias (71%).

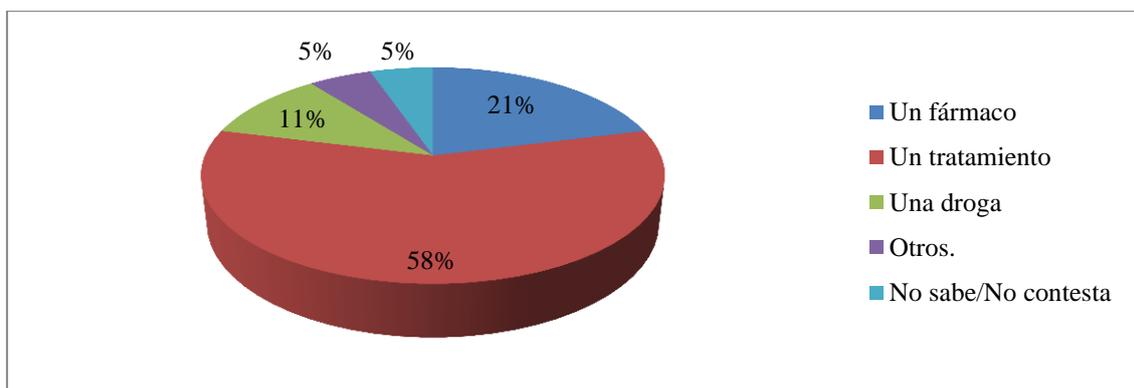
## 4.2. Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona

**Tabla 7: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la metadona**

Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la metadona	SS.SS. M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Un fármaco	2	22%	2	20%	4	21%
Un tratamiento	6	67%	5	50%	11	58%
Un droga	0	0%	2	20%	2	11%
Otros	1	11%	0	0%	1	5%
No sabe/No contesta	0	0%	1	10%	1	5%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 3: Opinión de los profesionales del Trabajo Social sobre la metadona**



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la opinión de los profesionales del Trabajo Social sobre la metadona, se observa en el cuadro y en el gráfico como más de la mitad de los/as profesionales entrevistados consideran a la metadona como un tratamiento (58%). Seguido de los que creen que la metadona es un fármaco (21%), continuando con los que piensan que la metadona es una droga (11%). Finalmente están los/as profesionales que consideran que la metadona es otra cosa o no saben/ no contestan (5%). Es importante destacar que el 21% consideran que la metadona es una droga, otra cosa o no saben/ no contestan.

**Tabla 8: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si conocen que son los PMM**

Conocen que son los PMM	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	9	100%	10	100%	19	100%
No	0	0%	0	0%	0	0%
No sabe/No contesta	0	0%	0	0%	0	0%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

Se muestra como la totalidad de los/as profesionales entrevistados conoce qué son los Programas de Mantenimiento con Metadona.

**Tabla 9: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la normativa de los PMM**

La normativa de los PMM	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	3	33%	6	60%	9	47%
No	2	22%	1	10%	3	16%
No sabe/No contesta	4	45%	3	30%	7	37%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación a la normativa de los PMM, en el cuadro se observa como la mayoría de los/as profesionales del Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales “no sabe/ no contesta” que los Programas de Mantenimiento con Metadona tienen una normativa clara (45%), seguido del “sí” (33%). En lo que se refiere a las respuestas de los/as profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud la mayoría considera que la normativa “sí” es clara, continuando con la respuesta “no sabe/no contesta” (30%). Llama la atención como el 37% de los profesionales entrevistados “no sabe o no contesta” sobre la normativa de los PMM.

**Tabla 10: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre el control del “mercado negro” de la metadona.**

Control del “mercado negro” de la metadona	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	3	33%	6	60%	9	48%
No	5	56%	4	40%	9	47%
No sabe/No contesta	1	11%	0	0%	1	5%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto al control del “mercado negro” de la metadona por parte de los PMM, por un lado, se refleja en el cuadro como el “no” control del “mercado negro” de la metadona (56%) representa la mayoría de las respuestas de los profesionales de los Servicios Sociales Municipales, le sigue el “sí” (33%). Y por otro, se observa como el “sí” (60%) representa la mayoría de las respuestas de los profesionales de Atención Primaria de Salud, continuando con el “no” (40%). Podríamos afirmar que casi el 50% de los entrevistado consideran que los PMM “no” controlan el “mercado negro” de la metadona.

**Tabla 11: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre el horario adecuado para la dispensación de la metadona**

El horario adecuado para la dispensación de la metadona	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Mañana	0	0%	0	0%	0	0%
Tarde	0	0%	0	0%	0	0%
Noche	0	0%	0	0%	0	0%
Durante todo el día	5	56%	2	20%	7	37%
Mañana y tarde	4	44%	8	80%	12	63%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En lo que se refiere al horario más adecuado para la dispensación de metadona, se observa que los/as profesionales consideran que el horario más adecuado es mañana y tarde, seguido de los que opinan que durante todo el día es el mejor horario para la dispensación de metadona. En el cuadro se refleja como más del 63% de los entrevistados consideran que el horario más adecuado para la dispensación de metadona es mañana y tarde.

**Tabla 12: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre dónde se debe de dispensar la metadona**

Dónde se debe de dispensar la metadona	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
En Centros Especializados	5	56%	7	70%	12	63%
En Centros de Salud	0	0%	0	0%	0	0%
En farmacias	0	0%	1	10%	1	5%
En todos los anteriores	4	44%	2	20%	6	32%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación a dónde se debe de dispensar la metadona, se refleja en el cuadro como más de la mitad de los/as profesionales entrevistados considera que se debe de dispensar la metadona sólo en Centros Especializados (63%), seguido de los que consideran que se debe de dispensar en todos los anteriores (32%). Podríamos afirmar que el 63% de los profesionales entrevistados consideran que el mejor sitio donde se debe de dispensar la metadona es en los Centros de Especializados.

**Tabla 13: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la información en su puesto de trabajo sobre las U.A.D.**

Información en su puesto de trabajo sobre las U.A.D.	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	3	33%	6	60%	9	47%
No	4	45%	4	40%	8	42%
No sabe/No contesta	2	22%	0	0%	2	11%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto a si hay información sobre las U.A.D. en los centros dónde trabajan los profesionales entrevistados, se observa en el cuadro, como en la mayoría de los Centros de Salud y UTS donde trabajan los entrevistados hay información sobre las U.A.D. (47%) Continuando con los centros donde “no” hay información, seguido del que “no saben o no contestan”. Como se muestra en la tabla hay más información en los Centros de Salud sobre las U.A.D. que en las UTS. Respecto al total indicar que en más del 53% de los Centros donde se ha realizado las entrevistas “no” hay información sobre las U.A.D. o los profesionales “no saben o no contestan”.

**Tabla 14: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre que la coordinación de los Centros de Salud o las UTS con los centros de dispensación de metadona sea eficaz y fluida**

La coordinación de los Centros de Salud o las UTS con los centros de dispensación de metadona sea eficaz y fluida	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy en desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
De acuerdo	1	11%	0	0%	1	5%
Muy de acuerdo	8	89%	10	100%	18	95%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En cuanto a que la coordinación de los Centros de Salud y de las UTS con los centros de dispensación de metadona sea eficaz y fluida, se muestra en el cuadro, como casi la totalidad de los/as profesionales de los Servicios Sociales Municipales consideran que están “muy de acuerdo” (89%) con que la coordinación de los Centros de Salud y de las UTS con los centros de dispensación de metadona sea eficaz y fluida. Los/as profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud opinan lo mismo (100%). Podríamos destacar que el 95% de los/as profesionales opinan que están “muy de acuerdo” con que la coordinación de los Centros de Salud y de las UTS con los centros de dispensación de metadona sea eficaz y fluida.

**Tabla 15: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la conciliación de los PMM con otros programas**

La conciliación de los PMM con otros programas	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
De acuerdo	1	11%	1	10%	2	11%
Muy de acuerdo	8	89%	9	90%	17	89%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto a la conciliación de los PMM con otros programas, se refleja en el cuadro como la respuesta “muy de acuerdo” representa casi la totalidad de las respuestas de los/as profesionales de los Servicios Sociales Municipales y de Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud. Hay que destacar que el 89% de los entrevistados han respondido que están “muy de acuerdo” con la conciliación de los PMM con otros programas.

**Tabla 16: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la dispensación de metadona como otro fármaco en farmacias**

La dispensación de metadona como otro fármaco en farmacias	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	1	11%	3	30%	4	21%
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	0	0%	1	10%	1	5%
De acuerdo	1	11%	2	20%	3	16%
Muy de acuerdo	7	78%	4	40%	11	58%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

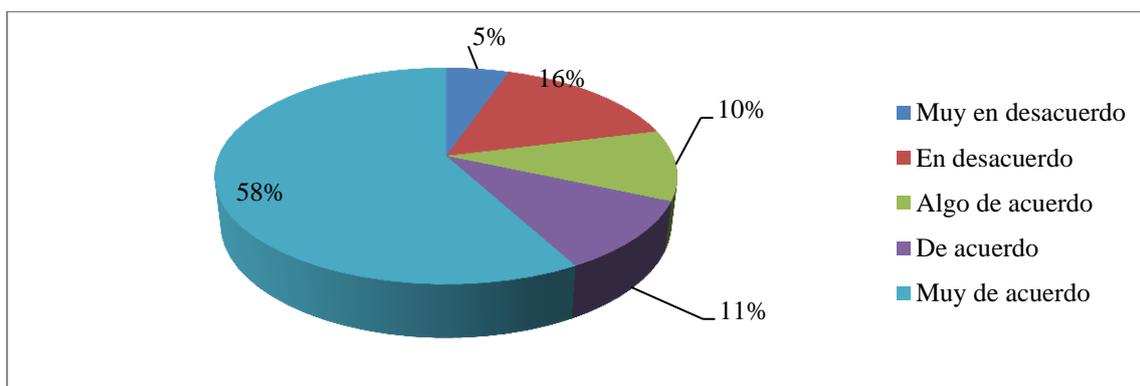
En relación a la dispensación de la metadona en farmacias, se observa que la respuesta “muy de acuerdo” es la más utilizada por los/as profesionales de los Servicios Sociales Municipales (78%) y de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud (40%). Podríamos destacar que el 21% de los entrevistados han respondido “muy en desacuerdo” ante la dispensación de metadona como otro fármaco en farmacias.

**Tabla 17: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la dispensación de metadona los fines de semana**

La dispensación de metadona los fines de semana	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	1	10%	0	0%	1	5%
En desacuerdo	3	30%	0	0%	3	17%
Algo de acuerdo	1	10%	1	10%	2	10%
De acuerdo	0	0%	2	20%	2	10%
Muy de acuerdo	4	50%	7	70%	11	58%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 4: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la dispensación de metadona los fines de semana**



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la dispensación de metadona los fines de semana, en el cuadro y gráfico anterior se observa como la respuesta están “muy de acuerdo” es la que más se repite (58%), tanto por los/as profesionales de los Servicios Sociales Municipales (50%), como por los/as profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud (70%). Hay que destacar que el 16% de los entrevistados están en “desacuerdo” con dispensar la metadona los fines de semana.

**Tabla 18: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre recibir formación especializada en materia de drogodependencias para poder orientar e informar mejor al usuario**

Recibir formación especializada en materia de drogodependencias	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	0	0%	1	10%	1	5%
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
De acuerdo	2	22%	1	10%	3	16%
Muy de acuerdo	7	78%	8	80%	15	79%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Como se aprecia en la tabla 18 la mayoría de los profesionales está “muy de acuerdo” (79%) con recibir información especializada en materia de drogodependencias, continuando con los que están “de acuerdo” (16%), seguido de los que están “muy en desacuerdo” (5%). Podríamos afirmar que casi el 80% de los entrevistados, opinan que están “muy de acuerdo” con recibir información especializada en materia de drogodependencias para poder orientar e informar mejor al usuario.

**Tabla 19: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la mejora de los usuarios en los Programas de Mantenimiento con Metadona**

Servicios Sociales Municipales								
Mejora de los usuarios en los PMM	Área salud		Área social		Área Formativa-laboral		Área Judicial	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mucho	7	78%	6	67%	3	33%	5	56%
Algo	2	22%	3	33%	5	56%	3	33%
Nada	0	0%	0	0%	1	11%	1	11%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Servicios Sociales Municipales								
Mejora de los usuarios en los PMM	Área familiar		Área relaciones sociales		Área ocio y tiempo libre		Área desarrollo personal	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Mucho</b>	7	78%	4	44%	5	56%	6	67%
<b>Algo</b>	2	22%	5	56%	4	44%	3	33%
<b>Nada</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	9	100%	9	100%	9	100%	9	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto a la mejora de los usuarios en los PMM según los profesionales de los Servicios Sociales Municipales entrevistados, se refleja en los cuadros como la mayoría de los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales, opinan que los usuarios en los PMM mejoran “mucho” en las diferentes áreas de su vida, salvo en las áreas formativa- laboral y relaciones sociales que consideran que mejora “algo” su vida.

Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud								
Mejora de los usuarios en los PMM	Área salud		Área social		Área Formativa-laboral		Área Judicial	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Mucho</b>	6	60%	8	80%	8	80%	6	60%
<b>Algo</b>	4	40%	2	20%	2	20%	3	30%
<b>Nada</b>	0	0	0	0	0	0%	1	10%
<b>Total</b>	10	100%	10	100%	10	100%	10	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud								
Mejora de los usuarios en los PMM	Área familiar		Área relaciones sociales		Área ocio y tiempo libre		Área desarrollo personal	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Mucho</b>	7	70%	8	80%	6	60%	7	70%
<b>Algo</b>	3	30%	2	20%	4	40%	3	30%
<b>Nada</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación a la mejora de los usuarios en los PMM según los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud entrevistados, se muestra en los cuadros como la mayoría de los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, opinan que los usuarios en los PMM mejoran “mucho” en las diferentes áreas de su vida. Hay que destacar que 4 de los 10 profesionales entrevistados opinan que los usuarios de los PMM mejoran “algo” su vida en las áreas de salud y ocio y tiempo libre.

**Tabla 20: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen el consumo de opioides ilegales**

Los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen el consumo de opioides ilegales	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
	Muy desacuerdo	1	11%	0	0%	1
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	2	22%	4	40%	6	32%
De acuerdo	2	22%	0	0%	2	10%
Muy de acuerdo	4	45%	6	60%	10	53%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

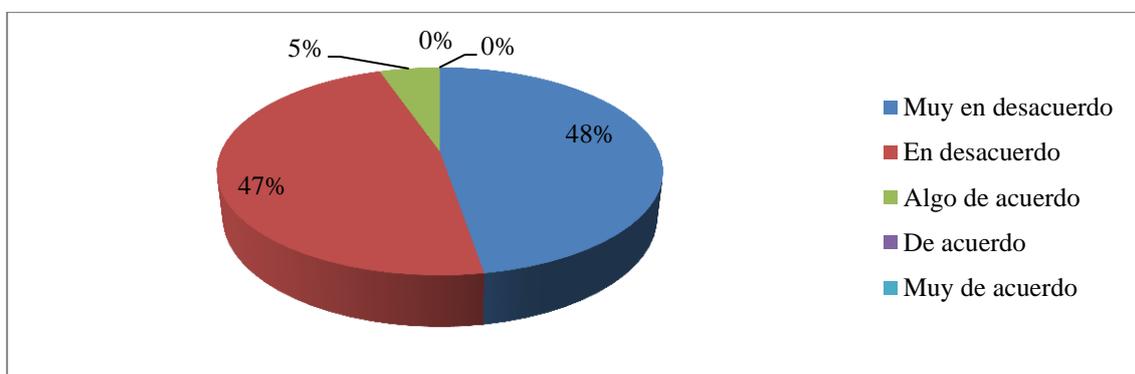
En cuanto a que los PMM disminuyen el consumo de opioides ilegales, se muestra como la mayoría de los/as profesionales entrevistados opinan que están “muy de acuerdo” (53%) en que los PMM disminuyen el consumo de opioides ilegales, seguido de los que están “algo de acuerdo” (32%), continuando con los que están “de acuerdo” (10%) y los que están “muy en desacuerdo” (5%). Hay que destacar que el 32% de los entrevistados están “algo de acuerdo” con que los PMM disminuyen el consumo de opioides ilegales.

**Tabla 21: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen conductas de riesgo para el VIH**

Los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen conductas de riesgo para el VIH	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	0	0%	2	20%	2	10%
En desacuerdo	1	11%	1	10%	2	10%
Algo de acuerdo	2	22%	0	0%	2	11%
De acuerdo	2	22%	0	0%	2	11%
Muy de acuerdo	4	45%	7	70%	11	58%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 5: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen las conductas de riesgo para el VIH**



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a si los PMM disminuyen las conductas de riesgo para el VIH, se refleja cómo la mayoría de los/as profesionales entrevistados está “muy de acuerdo” (58%) con que los PMM disminuyen las conductas de riesgo para el VIH, tanto los que trabajan en los Servicios Sociales Municipales (45%), como los que trabajan en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud (70%). Podríamos destacar que el 10% de los entrevistados están “muy en desacuerdo” con que lo PMM disminuyen las conductas de riesgo para el VIH.

**Tabla 22: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen las actividades ilegales**

Los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen las actividades ilegales	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	3	33%	2	20%	5	26%
De acuerdo	2	22%	2	20%	4	21%
Muy de acuerdo	4	45%	6	60%	10	53%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Tras analizar los datos sobre si los PMM disminuyen las actividades ilegales, se observa como la respuesta de los/as profesionales de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud, “muy de acuerdo” es la más contestada, continúa la respuesta con “algo de acuerdo” y finaliza con “de acuerdo”. Respecto al total indicar que el más del 50% de los profesionales entrevistados está “muy de acuerdo” y que casi el otro 50% de los profesionales entrevistados está “algo de acuerdo” o “de acuerdo” con esta afirmación.

**Tabla 23: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen el riesgo de sobredosis**

Los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen el riesgo de sobredosis	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	1	10%	0	0%	1	5%
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	1	10%	1	10%	2	10%
De acuerdo	1	10%	3	30%	4	20%
Muy de acuerdo	7	70%	6	60%	13	65%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla anterior referida a si los PMM disminuyen el riesgo de sobredosis, se observa como la mayoría contesta que está “muy de acuerdo” (65%), seguido de los que contestan que están “de acuerdo” (20%) y finaliza con los que están “algo de acuerdo” (10%). Hay que resaltar que el 65% de los profesionales entrevistados están “muy de acuerdo” con que los PMM disminuyen el riesgo de sobredosis mortal.

**Tabla 24: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si los Programas de Mantenimiento con Metadona mejoran la calidad de vida de los usuarios en las diferentes áreas de su vida.**

Los Programas de Mantenimiento con Metadona mejoran la calidad de vida de los usuarios en las diferentes áreas de su vida	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
En desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
Algo de acuerdo	2	22%	1	10%	3	16%
De acuerdo	2	22%	2	20%	4	21%
Muy de acuerdo	5	56%	7	70%	12	63%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto a si los PMM mejoran la calidad de vida de los usuarios en las diferentes áreas de su vida, se observa que la mayoría de los profesionales, tanto de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud están “muy de acuerdo” (63%) con que los PMM mejoran la calidad de vida de los usuarios, seguido de los que “están de acuerdo”(21%), y continuando con los que están “algo de acuerdo” (16%). Esta afirmación se puede relacionar con el cuadro número 19 en la que se refleja cómo casi la totalidad de los profesionales entrevistados opinan que los PMM mejoran “mucho” la vida de los usuarios en diferentes áreas de su vida.

**Tabla 25: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si la retención en los Programas de Mantenimiento con Metadona ha sido siempre muy elevada.**

La retención en los Programas de Mantenimiento con Metadona ha sido siempre muy elevada	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy desacuerdo	0	0%	0	0%	0	0%
En desacuerdo	0	0%	1	10%	1	5%
Algo de acuerdo	3	33%	1	10%	4	21%
De acuerdo	2	22%	0	0%	2	11%
Muy de acuerdo	4	45%	8	80%	12	63%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

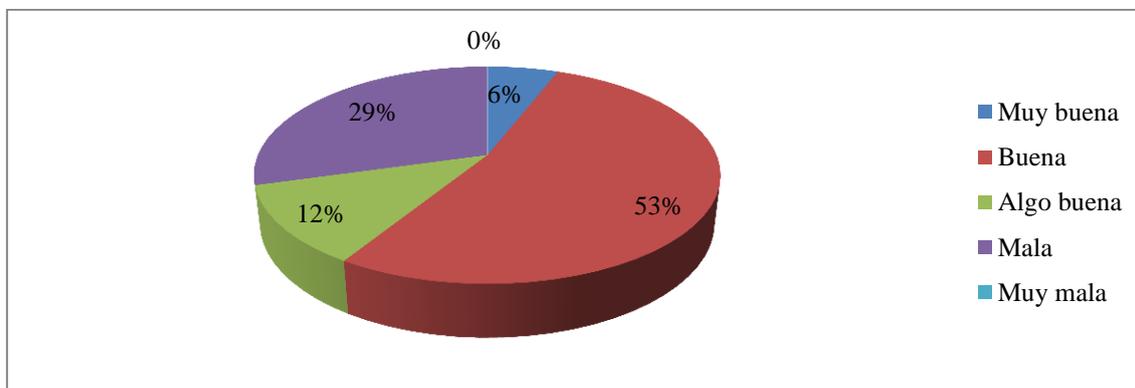
En cuanto a si la retención de los PMM ha sido siempre muy elevada, se refleja en el cuadro como el 63% de los profesionales entrevistados contestan que está “muy de acuerdo” con que la retención de los PMM ha sido siempre muy elevada, seguido de quienes están “de acuerdo” (11%) y “algo de acuerdo” (21%). Podríamos destacar que uno de los profesionales entrevistados está “en desacuerdo” (5%) con esta afirmación.

**Tabla 26: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la coordinación que existe entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias**

La coordinación que existe entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy buena	0	0%	1	10%	1	6%
Buena	3	33%	6	60%	9	53%
Algo buena	1	11%	1	10%	2	12%
Mala	5	56%	0	0%	5	29%
Muy mala	0	0%	0	0%	0	0%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 6: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la coordinación que existe entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias**



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la coordinación que existe entre el centro donde trabajan los/as profesionales entrevistados y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias, se observa como algo más de la mitad de los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud consideran que es “buena” la coordinación que existe entre el centro donde trabajan los/as profesionales entrevistados y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias (53%), seguido de los que opinan que es “mala” (29%), y

continuando con los que consideran que es “algo buena” (12%). Podríamos destacar que el 29% considera que es mala la coordinación que existe entre su UTS o Centro de Salud y los Servicios Sociales Especializados, los profesionales que consideran que esta coordinación es “mala” pertenecen a los que trabajan en los Servicios Sociales Municipales.

**Tabla 27: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre cómo se realiza la coordinación que existe entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias**

Cómo se realiza la coordinación que existe entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Por teléfono	8	78%	10	80%	18	95%
Reuniones	0	0%	0	0%	0	0%
Correo electrónico	1	11%	0	0%	1	5%
Todas las anteriores	0	11%	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

Respecto a cómo se realiza la coordinación entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias, se refleja en el cuadro como casi la totalidad (95%) de los/as profesionales realiza la coordinación por teléfono, seguido un único profesional de los Servicios Sociales Municipales que utiliza el correo electrónico. Hay que resaltar que ninguno de los/as profesionales realiza la coordinación entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias a través de reuniones.

**Tabla 28: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la utilización de algún instrumento para realizar la coordinación**

Instrumento para realizar la coordinación	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	0	0%	0	0%	0	0
No	9	100%	10	100%	19	100%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

En cuanto al instrumento que utilizan para realizar la coordinación, se observa como la totalidad de los/as profesionales tanto los que trabajan en los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud, “no” utiliza ningún instrumento para realizar la coordinación entre los centros donde trabajan los/as profesionales entrevistados y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias.

**Tabla 29: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la derivación que se realiza a un usuario con problemas de drogodependencias desde su centro a los Servicios Sociales Especializados en la atención a las drogodependencias**

La derivación que se realiza a un usuario desde su centro a los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Muy buena	0	0%	1	10%	1	5%
Buena	3	33%	5	50%	8	42%
Algo buena	4	45%	4	40%	8	42%
Mala	2	22%	0	0%	2	11%
Muy mala	0	0%	0	0%	0	0%
Total	9	100%	10	100%	19	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación a la derivación que se realiza a un usuario con problemas de drogodependencias desde su centro a los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias, se observa como los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud consideran que es “buena” o “algo buena” (41% respectivamente) la derivación que existe entre el centro donde trabajan los/as profesionales entrevistados y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias, seguido de los que opinan que es “mala”. Podríamos destacar que el 11% considera que es “mala” la derivación que se realiza a un usuario con problemas de drogodependencias desde su centro a los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias.

**Tabla 30: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre cómo se realiza la derivación de un usuario con problemas de drogodependencias entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias**

Cómo se realiza la derivación de un usuario con problemas de drogodependencias entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Por teléfono	7	78%	8	80%	15	79%
Reuniones	0	0%	0	0%	0	0%
Correo electrónico	1	11%	0	0%	1	5%
Todas las anteriores	1	11%	1	10%	2	11%
Otros	0	0%	1	10%	1	5%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto a cómo se realiza la derivación de un usuario con problemas de drogodependencias entre su centro y los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias, se refleja en el cuadro como casi el 80% de los/as profesionales entrevistados realiza la derivación por teléfono, seguido de quienes la realizan a través de todas las opciones dadas, continuando con quienes realizan la derivación a través de

otros o por correo electrónico. Podríamos resaltar como el 21% de los entrevistados utiliza otro medio de derivación que no es el teléfono.

**Tabla 31: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre la utilización de algún instrumento para realizar la derivación**

Instrumento para realizar la derivación	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	0	0%	0	0%	0	0%
No	9	100%	10	100%	19	100%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En cuanto al instrumento que utilizan para realizar la derivación, se observa como la totalidad de los/as profesionales tanto los que trabajan en los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud, “no” utiliza ningún instrumento para realiza la derivación de un usuario con problemas de drogodependencias entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias.

**Tabla 32: Opinión de los profesionales del Trabajo Social entrevistados sobre si mantienen contacto telefónico o reuniones tras la derivación del usuario a los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias**

Mantienen contacto telefónico o reuniones tras la derivación del usuario a los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias	SS.SS.M.		S.A.P.S.		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sí	4	44%	2	20%	6	32%
No	5	56%	8	80%	13	68%
No sabe/No contesta	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

En relación a si los profesionales entrevistados mantienen contacto telefónico o reuniones tras la derivación del usuario a los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias, se refleja en el cuadro como el “no mantienen” representa más de la mitad de las respuestas, seguido de los que “sí” mantienen contacto telefónico o reuniones tras la derivación del usuario a los Servicios Sociales Especializados de atención a los drogodependencias. Hay que destacar que casi el 70% de los profesionales entrevistados no mantienen contacto telefónico o reuniones tras la derivación del usuario a los Servicios Sociales Especializados de atención a los drogodependencias.

## 5. Análisis de datos

En el siguiente apartado se analiza los datos obtenidos en la sección anterior, con la finalidad de profundizar más en ellos.

Tras la obtención de los resultados de las diferentes entrevistas, se puede observar como el perfil de los profesionales entrevistados es el de mujer, con edad comprendida entre 46 y 50 años, que finalizó la carrera entre los años 1984 a 1988, que lleva ejerciendo como trabajador social de 26 a 30 años, lleva trabajando en el recurso donde fue entrevistado más de 20 años y no posee formación especializada en drogodependencias. En lo que se refiere a la edad hay que destacar que los profesionales que trabajan en los Servicios Sociales Municipales son más jóvenes que los que trabajan en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, estos datos se pueden relacionar con los años en que los profesionales finalizaron la carrera. Se observa en la tabla número 3, como más del 50% de los profesionales que trabajan en los Servicios Sociales Municipales terminó la carrera de 1993 a 2004, mientras que los profesionales que trabajan en Atención Primaria de Salud más del 70% lo hizo entre 1984 y 1988. Esto indica que los trabajadores de Atención Primaria de Salud terminaron la carrera hace más años y cuentan con más edad. Destacar que más del 60% de los profesionales entrevistados llevan trabajando en el recurso donde fue entrevistado más de 20 años, y que el 50% de los entrevistados en los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud llevan en ese recurso de 26 a 30 años.

En el apartado que recoge la opinión de los trabajadores sociales entrevistados sobre los programas de mantenimiento con metadona, se observa como la mayoría de los profesionales consideran a la metadona un tratamiento, aunque destaca como el 21% de ellos consideran que la metadona es una droga, otra cosa o no saben o no contestan. Llama la atención este dato, puesto que conocer que es la metadona es básico para poder orientar e informar mejor al paciente sobre el Programa de Mantenimiento con Metadona. La metadona se considera como *un “agonista opiáceo de larga vida media utilizado ampliamente para la deshabituación de heroína por su elevada eficacia en el control de su consumo”* (Becoña y Cortes, 2011, p. 186). *“El fármaco se une a las proteínas en varios tejidos, lo cual conlleva una progresiva acumulación de metadona en el organismo. Esta acumulación permite que los efectos del fármaco perduren*

*bastante tiempo después de la última administración y es la causa de que el síndrome de abstinencia a este antagonista aparezca más tarde que con morfina y heroína, y que sea mucho más prolongado en el tiempo”* (Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 2009, p. 56). Aunque, y como se observa en los datos, todos los/as profesionales entrevistados de Trabajo Social, tanto de los Servicios Sociales Municipales como los de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, conocen que son los Programas de Mantenimiento con Metadona. Saber que la totalidad de los/as profesionales entrevistados conocen los Programas de Mantenimiento con Metadona es un dato relevante para la investigación, puesto que Isorna y Saavedra (coords.) (2012) indican que los programas de mantenimiento con sustitutivos de opiáceos ofrecen muchas de las condiciones que se dan para un tratamiento exitoso de la adicción. Según Parrino (1997) estos programas han permitido a un gran número de pacientes abandonar el consumo de heroína, así como mejorar su adaptación familiar, social y su estado de salud.

En lo que se refiere a los horarios, los profesionales entrevistados consideran que el más adecuado es mañana y tarde y que el mejor sitio donde se debe de dispensar la metadona es en los Centros Especializados, ya que, y según Fernández y Alemán (coords.) (2003), los Servicios Sociales Especializados dan respuesta a situaciones y necesidades que requieren tecnologías o recursos muy específicos. Estos servicios se prestan en equipamientos específicos y se orientan a dar respuesta a situaciones y necesidades sociales que requieren una especialización técnica. Esto lo podríamos relacionar con los resultados de la tabla número 15 y 16, en las que los profesionales están “muy de acuerdo” con la conciliación de los PMM con la dispensación de metadona como fármaco en farmacias, especificando que se dispensaría al paciente siempre con el consentimiento y seguimiento de los profesionales de los Centros Especializados.

Respecto a la mejora de los usuarios en los Programas de Mantenimiento con Metadona, la mayoría de los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales, opinan que los usuarios en los PMM mejoran “mucho” en las diferentes áreas de su vida, salvo en las áreas formativa- laboral y relaciones sociales que consideran que mejora “algo” su vida, mientras que los/as profesionales entrevistados

de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, opinan que los usuarios en los PMM mejoran “mucho” en las diferentes áreas de su vida. Hay que destacar que 4 de estos 10 profesionales entrevistados opinan que los usuarios de los PMM mejoran “algo” su vida en las áreas de salud y ocio y tiempo libre. Para Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo (2009), estos programas permiten por un lado, reducir las conductas perjudiciales o arriesgadas al consumo de opiáceos ilegales, y por el otro, mejorar la calidad de vida del paciente, potenciar estilos de vida saludables, reforzar el control de mujeres embarazadas heroínómanas, fomentar la recuperación psicosocial en pacientes que realicen actividades marginales, mantener un contacto diario con el paciente que mejore su tratamiento y propiciar el alejamiento de la "subcultura" de la droga. Estos datos se pueden relacionar con que los profesionales entrevistados están “muy de acuerdo” sobre que los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen el consumo de opioides ilegales, las conductas de riesgo para el VIH, las conductas ilegales, el riesgo de sobredosis mortal y sobre que la retención en estos programas ha sido siempre muy elevada. Recordando el análisis bibliográfico y atendiendo a Isorna y Saavedra (coords.) (2012) indican que, varios estudios demuestran que el tratamiento con metadona tiene mayores porcentajes de retención en el tratamiento y resultados significativamente positivos en lo que respecta al consumo de drogas, la actividad criminal, las conductas de riesgo, la transición del VIH, las sobredosis y la mortalidad.

Continuando con la coordinación que existe entre el centro donde trabajan y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias, los datos muestran como algo más de la mitad de los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud consideran que es “buena” la coordinación que existe entre el centro donde trabajan y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias. No obstante, podríamos destacar que el 29% de los profesionales entrevistados considera que es “mala” la coordinación que existe entre su UTS o Centro de Salud y los Servicios Sociales Especializados, los profesionales que consideran que esta coordinación es “mala” pertenecen a los que trabajan en los Servicios Sociales Municipales, siendo un dato a destacar. Aunque los profesionales consideren que la coordinación es “buena” la mayoría de ellos explicaban que “*no hay una ordinación pautada, ni continuada*”. Esto se relacionaría con que el 95% de los profesionales utilizan el teléfono para realizar dicha coordinación, además de “no” utilizar ningún instrumento para realizar la

coordinación entre los centros donde trabajan los/as profesionales entrevistados y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias. En lo que se refiere a la derivación, los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud consideran que es “buena” o “algo buena” (41% respectivamente) la derivación que existe entre el centro donde trabajan los/as profesionales entrevistados y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias, aunque hay que estacar que el 11% considera que es “mala”. Al igual que pasa en los datos que analizan la coordinación, casi el 80% de los/as profesionales entrevistados realiza la derivación por teléfono, y “no” utilizan ningún instrumento para realiza la derivación de un usuario con problemas de drogodependencias entre su centro y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias. Esto perjudicaría a la hora de, y según Soriano (2001), abordar los trastornos y problemáticas derivados de la adicción a las drogodependencias, puesto que requiere la cooperación y colaboración tanto de los Servicios Sociales Generales como de los Servicios Sociales Especializados de atención a drogodependencias. Carrón y Sánchez (coords.) (1995) consideran que no es posible conseguir avances significativos en la superación de las relaciones de dependencia hacia ciertas drogas si paralelamente no se producen cambios en su contexto familiar, relaciones personales o en los hábitos y conductas cotidianas. Los modelos de intervención asistencial en drogodependencias deben de garantizar un trabajo conjunto y coordinado entre los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados.

Finalmente, los datos de la última tabla muestran como más de la mitad de los/as profesionales responden que “no” mantienen contacto tras la derivación del usuario a los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias. Podríamos destacar este dato, ya que sería necesario que los/as profesionales del Trabajo Social, tanto de los Servicios Sociales Municipales como de Atención Primaria de Salud mantengan contacto con los Servicios Sociales Especializados, puesto que, y según Becoña y Cortes (2011) hay que tener en cuenta la enorme cantidad de problemas que presentan estos pacientes: como la alta tasa de desempleo, problemas de maltrato, personas que carecen de vivienda, etc. Es, por todo ello, que los/as profesionales de los centros de atención a las drogodependencias continuamente deben coordinarse con otros servicios no especializados en adicciones, como son los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud, para poder lograr una intervención integral.

## 6. Conclusión y propuestas

### 6.1. Conclusiones

Este último apartado recoge una serie de conclusiones a las que se ha ido llegando en el transcurso de la investigación. A estas conclusiones se les sumaran unas conclusiones de síntesis general, y finalmente se hará referencias a algunas propuestas para la investigación.

Para hacer una valoración global hay que recordar que el total de los Centros de Atención Primaria de Salud y de las Unidades de Trabajo Social en los municipios de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna que conforman la población de estudio asciende a 22 centros, 10 Centros de Atención Primaria de Salud y 12 Unidades de Trabajo Social, pero sólo ha sido posible ejecutar un 86% de total, es decir, 19 entrevistas. Las tres entrevistas que no se han podido realizar corresponden a la UTS de Tejina-Bajamar-Punta del Hidalgo, UTS de los Gladiolos y UTS de Barranco Grande por motivos de sobrecarga laboral.

Se puede decir que los resultados analizados permiten que se cumpla el objetivo general de la investigación: *“conocer la opinión de las/los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud de los municipios de San Cristóbal de La Laguna y de Santa Cruz de Tenerife sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM)”*.

Como ya se dijo en el apartado de análisis de datos, conocer que la totalidad de los profesionales entrevistados conocen los Programas de Mantenimiento con Metadona es un dato relevante para la investigación, ya que es fundamental el conocimiento de dicho programa, por parte de los profesionales del Trabajo Social, puesto que es una de las principales estrategias terapéuticas para el tratamiento de la dependencia a la heroína, reduciendo daños asociados al consumo de drogas, constituyendo una estrategia terapéutica para la reinserción social y el mantenimiento de la abstinencia.

Los aspectos más destacables de esta investigación son:

1. El perfil de los/as profesionales entrevistados es el de una mujer, con edad comprendida entre 46 y 50 años, que finalizó la carrera entre los años 1984 – 1988. Que lleva ejerciendo como trabajador social de 26 a 30 años, trabajando en ese recurso más de 20 años y no posee formación especializada en drogodependencias.
2. La mayoría de los/as profesionales entrevistados opinan que la metadona es un tratamiento. Hay que destacar que el 21% considera que la metadona es una droga, otra cosa o no saben/ no contestan.
3. Todos los trabajadores sociales entrevistados conocen que son los Programas de Mantenimiento con Metadona.
4. Los profesionales entrevistados consideran que la metadona se debe de dispensar en Centros Especializados.
5. Todos los/as profesionales, tanto de los Servicios Sociales Municipales como de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud están muy de acuerdo con recibir información especializada en materia de drogodependencias para poder orientar e informar mejor al usuario.
6. Respecto a la mejora de los usuarios en los Programas de Mantenimiento con Metadona, la mayoría de los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales, opinan que los usuarios en los PMM mejoran “mucho” en las diferentes áreas de su vida, salvo en las áreas formativa- laboral y relaciones sociales que consideran que mejora “algo” su vida, mientras que los/as profesionales entrevistados de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, opinan que los usuarios en los PMM mejoran “mucho” en las diferentes áreas de su vida. Hay que destacar que 4 de estos 10 profesionales entrevistados opinan que los usuarios de los PMM mejoran “algo” su vida en las áreas de salud y ocio y tiempo libre.
7. La mayoría de los/as profesionales entrevistados están “muy de acuerdo” en que los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen el consumo de opioides ilegales, las conductas de riesgo para el VIH, las conductas ilegales, el riesgo de

sobredosis mortal y en que la retención en estos programas ha sido siempre muy elevada.

8. No se utiliza ningún instrumento para realizar la derivación y la coordinación entre los centros donde trabajan los profesionales entrevistados y los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias.
9. Existe una buena coordinación de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud entre el centro donde trabajan y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias. Aunque la mayoría de los profesionales entrevistados de los Servicios Sociales Municipales opinan que la coordinación es mala.
10. No se mantiene contacto telefónico o reuniones tras la derivación del usuario a los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias.

Por tanto se puede concluir que los y las profesionales del Trabajo Social entrevistados de los Servicios Sociales Municipales y de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, conocen lo que son los Programas de Mantenimiento con Metadona, aunque como indica Soriano (2001) es necesario que los trastornos y problemáticas derivados de la adicción a las drogodependencias requiere la cooperación y colaboración tanto de los Servicios Sociales Generales como de los Servicios Sociales Especializados de atención a drogodependencias. Carrón y Sánchez (coords.) (1995) consideran que no es posible conseguir avances significativos en la superación de las relaciones de dependencia hacia ciertas drogas si paralelamente no se producen cambios en su contexto familiar, relaciones personales o en los hábitos y conductas cotidianas. Los modelos de intervención asistencial en drogodependencias deben de garantizar un trabajo conjunto y coordinado entre los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados.

## **6.2. Propuestas**

En la siguiente sección, se exponen distintas propuestas que se pueden abordar en el futuro:

- a) Proporcionar información de manera continuada y actualizada a los/as profesionales de Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales y de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud, para poder orientar e informar mejor a los usuarios que acuden a estos recursos.
- b) Realizar un instrumento estandarizado que puedan utilizar tanto los profesionales de los Servicios Sociales Generales y de los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias.
- c) Mantener reuniones para mejorar la coordinación entre los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias.
- d) Realizar la derivación de un usuario de los Servicios Sociales Generales a los Servicios Sociales Especializados en atención a las drogodependencias a través de reuniones.

## Referencia bibliográfica

- Arias, F.G. (2006): *Proyecto de investigación. Introducción a la metodología*. 5ª ed. Caracas: Episteme.
- Asociación de Cooperación Juvenil “San Miguel” (2012): *Asociación de Cooperación Juvenil “San Miguel”*. Recuperado el 07 de Febrero de 2014 de: <http://sanmigueladicciones.org/>.
- Barranco, C. (2008). *Introducción al Trabajo Social. Historia, naturaleza y ámbitos profesionales*. La Laguna: Fotocopias Drago.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Becoña, E. y Cortes, M. (coords.) (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2002). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Medica.
- Carrón, J. y Sánchez, L. (coords.) (1995). *Los Servicios Sociales Generales y la atención a drogodependientes*. Madrid: GID. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Cisnero, M. (2012): *Como elaborar trabajos de grado*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Consejo General del Trabajo Social. (2014): *Consejo General del Trabajo Social*. Recuperado el 09 de Marzo de 2014 de: [http://www.cgtrabajosocial.es/consejo/areasdeintervencion\\_dependencia](http://www.cgtrabajosocial.es/consejo/areasdeintervencion_dependencia).
- Cortes, M.E. e Iglesias, I. (2004): *Generalidades sobre metodología de la investigación*. México: Universidad autónoma del Carmen.
- Fernández (2005): *Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona*. *Adicciones*, 2, 167-180. Recuperado el 10 de Marzo de 2014 de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122022007.pdf>.
- Fernández, T. y Alemán, C. (coords.) (2003). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Alianza.
- Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad y Consumo Dirección General de Atención a las drogodependencias. (2003): *Protocolo de actuación en los*

*Programas de Sustitutivos Opiáceos. II Plan Canario sobre Drogas.* Recuperado el 09 de Febrero de 2014 de: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/Metadona.PDF>

- Insúa y Grijalvo (2000) Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del psicólogo*, 17, 33-45. Recuperado el 10 de Marzo de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807706>.
- Isorna M. y Saavedra D. (coords.) (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Pirámide.
- Ladero J.M., Leza J.C., Lizasoain I. y Lorenzo P. (2009). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Médicapamericana.
- Namakforoosh, M.N. (2005): *Metodología de la investigación. 2ª ed.* México: Limusa.
- Parrino, M. (1997). *Manual de tratamiento con metadona*. Barcelona: Grup Igia.
- Perpiñá, C. (Coord.) (2012): *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Pirámide.
- II Plan Canario sobre Drogas. (2008): *Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias*. Recuperado el 09 de Febrero de 2014 de: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20100702IIIplancanariosd.pdf>.
- III Plan Canario sobre Drogas. (2010): *Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias*. Recuperado el 02 de julio de 2014 de: <http://www.datosdelanzarote.com/uploads/doc/20060218211258777plancanario sobredrogas.pdf>.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2009): *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Recuperado el 09 de Febrero de 2014 de: <http://www.pnsd.msc.es/>.
- Soriano R. (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el trabajo social*. Valencia: Tirant lo bianch.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Opinión de las y los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales y de Atención Primaria de Salud de los municipios de San Cristóbal de La Laguna y Santa Cruz de Tenerife sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM)**

Datos del entrevistado/a:

Centro de Salud de Atención Primaria o Ayuntamiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Trabajador/a Social de los Servicios Sociales Municipales

Trabajador/a Social de los Servicios Sociales de Atención Primaria de Salud

Año en el que finalizó la carrera: \_\_\_\_\_

Años que lleva ejerciendo: \_\_\_\_\_

Años en ese recurso: \_\_\_\_\_

Formación de la que dispone: (especialmente en drogodependencias): \_\_\_\_\_

Observaciones:



- e) Mañana y tarde.
- f) Otros. Indicar cual \_\_\_\_\_

6. ¿Dónde cree usted que se debe de dispensar la metadona?

- a) En Centros Especializados.
- b) En Centros de Salud.
- c) En farmacias.
- d) En todos los anteriores.
- e) Otros. Indicar cual \_\_\_\_\_

7. ¿Hay información en el Centro de Salud o Ayuntamiento sobre los CAD donde se en cuentan los PMM (como folletos, carteles, guías...)?

Sí

No

No Sabe/ No Contesta

8. Muestre el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes frases:

- Siendo 5 muy de acuerdo.
  - Siendo 4 de acuerdo.
  - Siendo 3 algo acuerdo.
  - Siendo 2 en desacuerdo.
  - Siendo 1 muy en desacuerdo.
- 
- a) Sería adecuado que la coordinación de los centros de Salud y el Ayuntamiento (desde el área de Servicios Sociales) con los centros de dispensación de metadona sea eficaz y fluida.
  - b) Sería adecuado la conciliación de los PMM con otros programas.
  - c) Sería adecuado la dispensación de metadona como otro fármaco farmacias.
  - d) Sería adecuada la dispensación de metadona los fines de semana.
  - e) Sería adecuado recibir formación especializada en materia de drogodependencias para poder orientar e informar mejor al paciente.

9. ¿Cómo cree usted que mejoran los Programas de Mantenimiento con Metadona la calidad de vida de los pacientes en las siguientes áreas?

Mucho

Algo

Nada

- a) A. Salud
- b) A. Social
- c) A. Formativa- laboral
- d) A. Judicial
- e) A. Familiar
- f) A. Relaciones Sociales
- g) A. Ocio y tiempo libre
- h) A. Desarrollo personal

10. Muestre el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a las siguientes frases:

- Siendo 5 muy de acuerdo.
  - Siendo 4 de acuerdo.
  - Siendo 3 algo acuerdo.
  - Siendo 2 en desacuerdo.
  - Siendo 1 muy en desacuerdo.
- 
- a) Los programas de mantenimiento con metadona disminuyen el consumo de opioides ilegales.
  - b) Los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen las conductas de riesgo para el VIH.
  - c) Los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen las actividades ilegales.
  - d) Los Programas de Mantenimiento con Metadona disminuyen el riesgo de sobredosis mortal.
  - e) Los Programas de Mantenimiento con Metadona mejoran la calidad de vida relacionada con las diferentes áreas de su vida, como trabajo, familia, relaciones sociales...).

f) La retención en los Programas de Mantenimiento con Metadona ha sido siempre muy elevada.

11. ¿Cómo considera usted que es la coordinación que existe entre su Centro o Ayuntamiento (desde el área de Servicios Sociales) y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias?

- a) Muy buena.
- b) Buena.
- c) Algo buena.
- d) Mala.
- e) Muy mala.

12. ¿Podría indicarme como se realiza la coordinación que existe entre su Centro o Ayuntamiento (desde el área de Servicios Sociales) y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias?

- a) Por Teléfono.
- b) Reuniones.
- c) Correo Electrónico.
- d) Todas las anteriores.
- e) Otros. Indicar cual \_\_\_\_\_

13. ¿Qué instrumentos utilizan?

---

14. ¿Podría indicarme cómo considera que es la derivación de un paciente heroínómano, desde su Centro o Ayuntamiento a un Servicio Social Especializado en la atención a drogodependientes?

- Muy buena.
- Buena.
- Algo buena.

- Mala.
- Muy mala.

15. ¿Podría indicarme como se realiza la derivación que existe entre su Centro o Ayuntamiento (desde el área de Servicios Sociales) y los Servicios Sociales Especializados de atención a las drogodependencias?

- a) Por Teléfono.
- b) Reuniones.
- c) Correo Electrónico.
- d) Todas las anteriores.
- e) Otros. Indicar cual \_\_\_\_\_

16. ¿Qué instrumentos utilizan?

---

17. ¿Mantiene contacto telefónico o reuniones tras la derivación, con los Servicios Sociales Especializados, para conocer la opción terapéutica elegida según el caso del paciente heroinómano y su evolución en el tratamiento?

Sí

No

No Sabe/ No Contesta

Observaciones: