

Evaluación del  
programa de  
mantenimiento con  
**sustitutivos opiáceos**  
de asturias



# **Evaluación del Programa de Sustitutivos Opiáceos**

- **Sesión de Salud Pública**
- **3 Dic 2019**

**Dirección General de Salud Pública  
Consejería de Salud del Principado de Asturias**

# Equipo

- **Coordinadora**
  - *Mónica Regueira*
- **Autoría**
  - *Antón González; Encuestas a profesionales y pacientes.*
  - *José Feliciano Tato Budiño; Base de datos de salud mental.*
- **Revisión del texto:**
  - *José Ramón Hevia*
  - *Luisa González*
  - *Alejandra Menéndez*
  - *Rosario Hernández*
- **Apoyo Administrativo:**
  - *Cristina Cuesta*
- **Trabajo de Campo encuesta a pacientes**
  - *Cristina Díaz Benavides* del Colectivo NACAI
  - *Horacio Maciel Barreiro* del Comité ciudadano AntiSIDA de Asturias

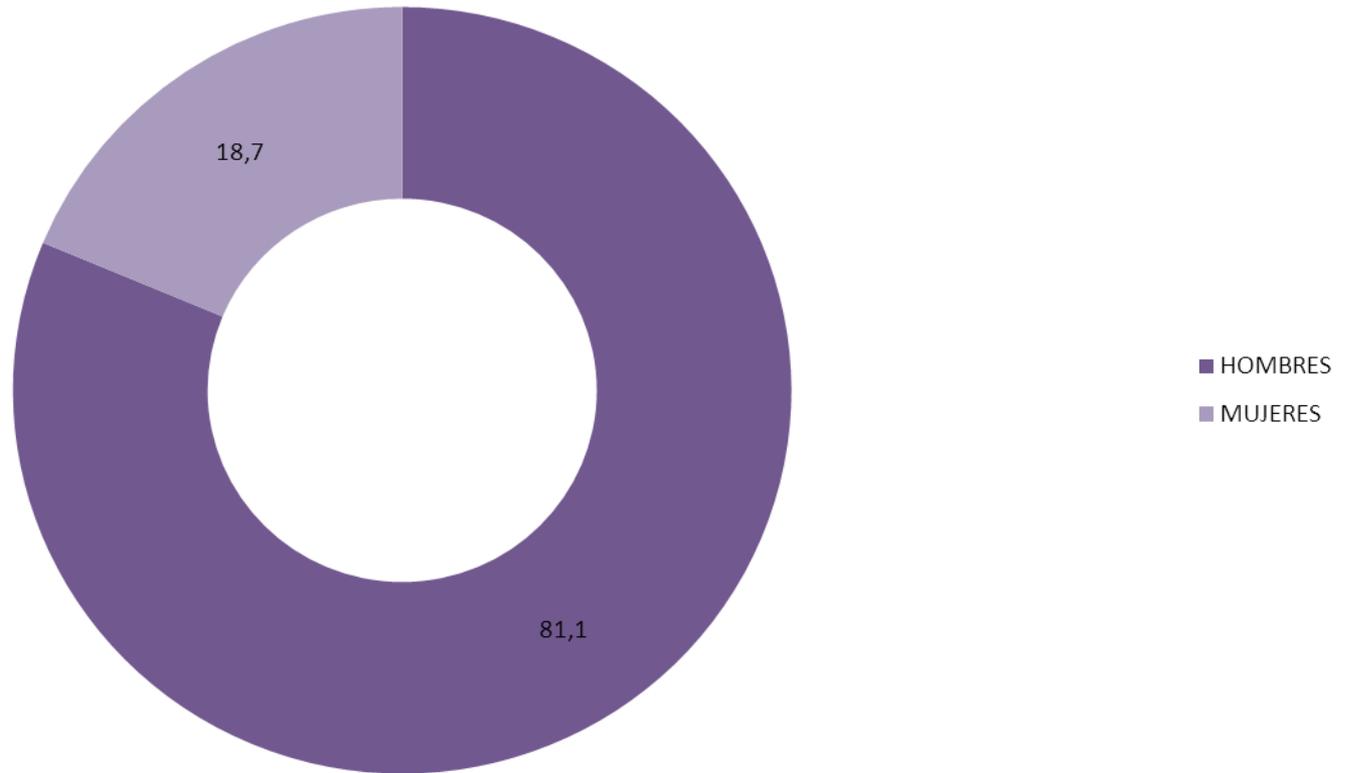
# Agradecimientos

- Al personal de los distintos recursos de dispensación de metadona (UTTs de Oviedo, Gijón, Avilés y Mieres, equipos de dispensación de metadona de las áreas I,II,VI y VIII, personal de Metabuses, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias y profesionales de las oficinas de farmacia) participantes en el PSO.
- A los/as pacientes del PSO por su colaboración.
- José Angel Arbesú y Gema Vitos de la Unidad de Coordinación de Salud Mental del SESPA.
- Mario Margolles Martins de la Dirección General de Salud Pública.

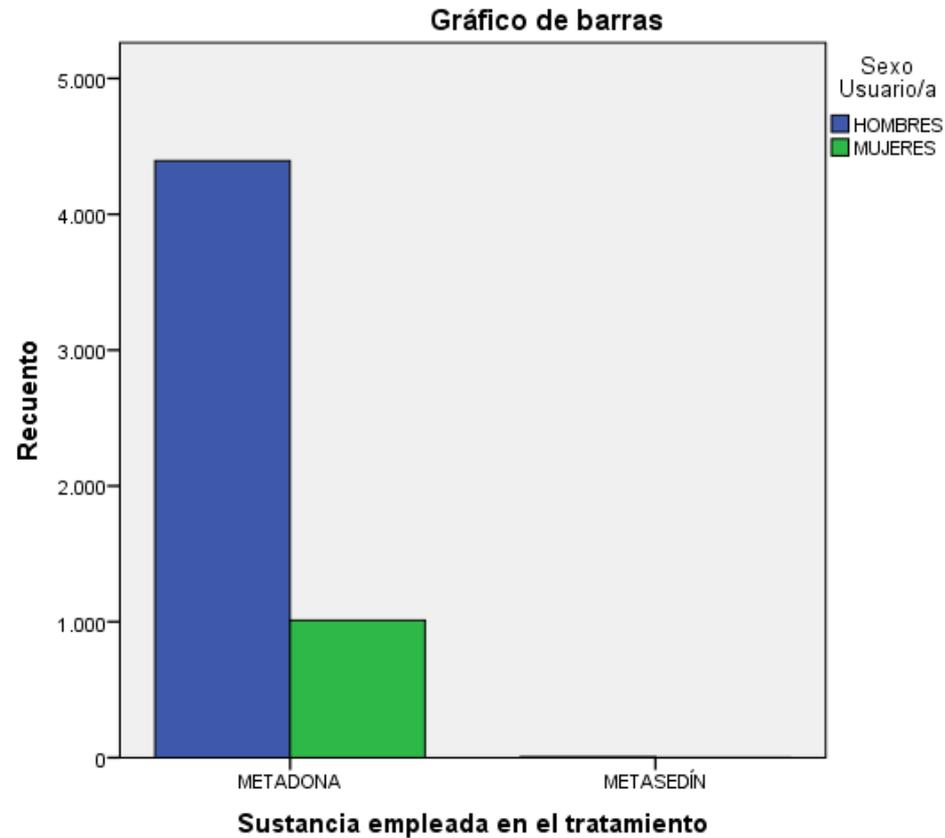
# Motivos

- El *Programa de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos* (metadona) nace en Asturias en el año 1986 en el marco del *Plan de Acción Regional sobre Toxicomanías de 1985*.
- En los más de 30 años de funcionamiento del programa ha habido cambios en la percepción social sobre las drogas fruto de los cambios en los hábitos de consumo de las personas consumidoras (remisión del consumo de heroína y de sus efectos asociados; admisión a tratamiento, infecciones, mortalidad, delincuencia), en el enfoque epistemológico (modelo bio-psico-social y objetivo abstinencia) y en el tipo de recursos destinados a su tratamiento.
- El tiempo transcurrido y los cambios observados hacen conveniente **afrontar un proceso de reflexión sobre la pertinencia del programa, detectar los puntos fuertes y débiles y posibles espacios de mejora** en base a información primaria y secundaria disponible.

# PERFIL USUARIOS/AS SEXO

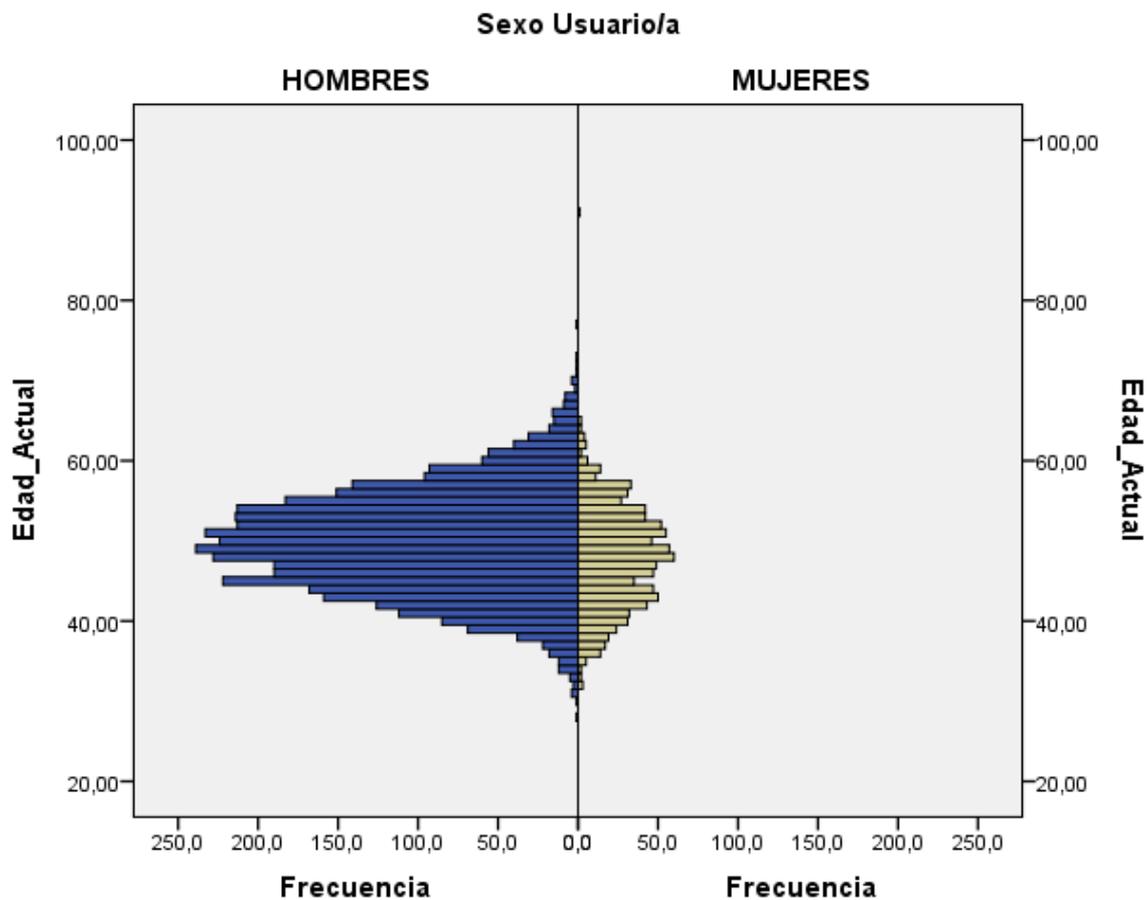


# SUSTANCIA EMPLEADA

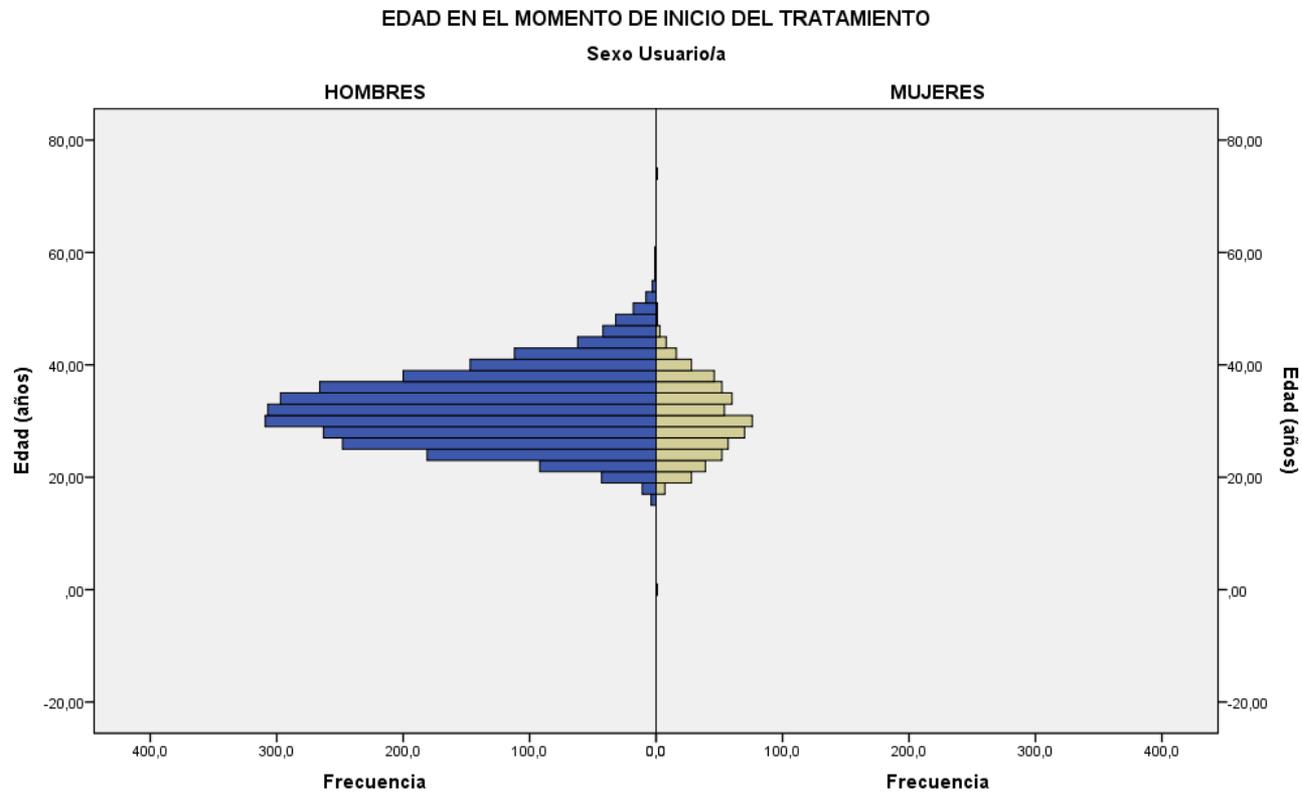


# EDAD

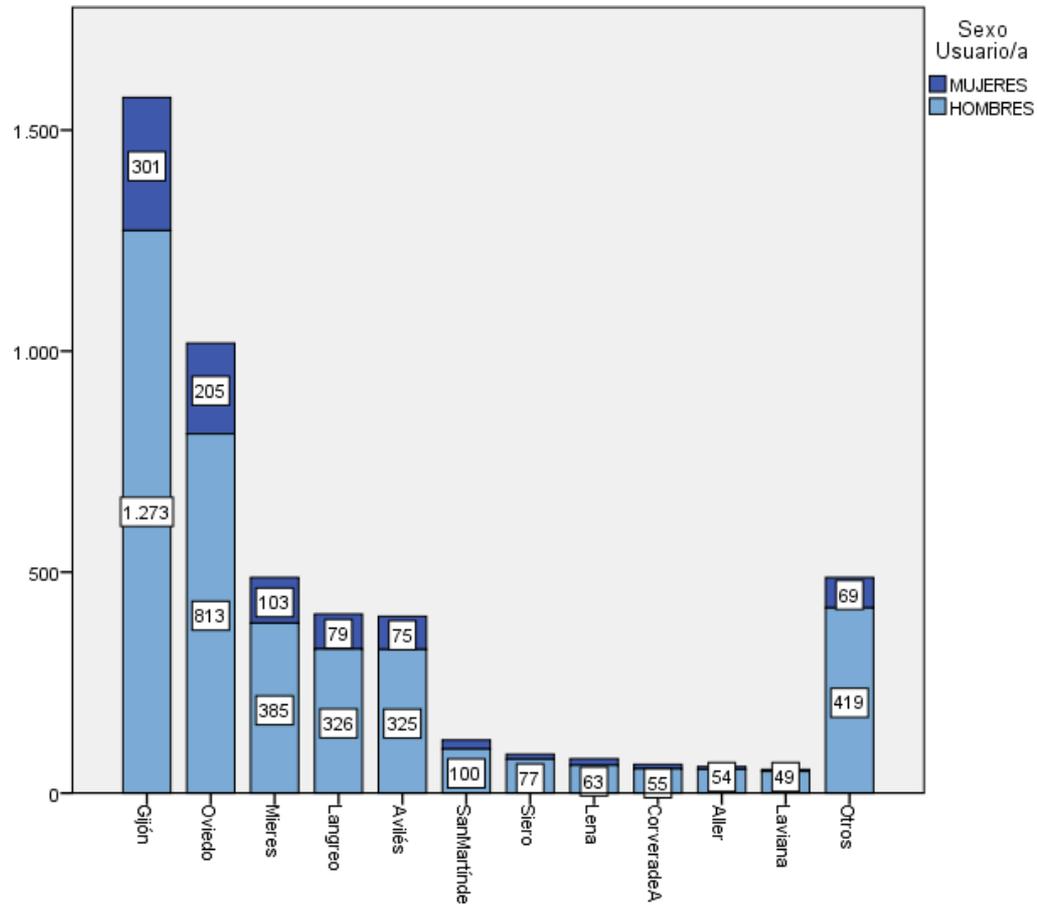
## PIRAMIDE POBLACIONAL (ENE 2015)



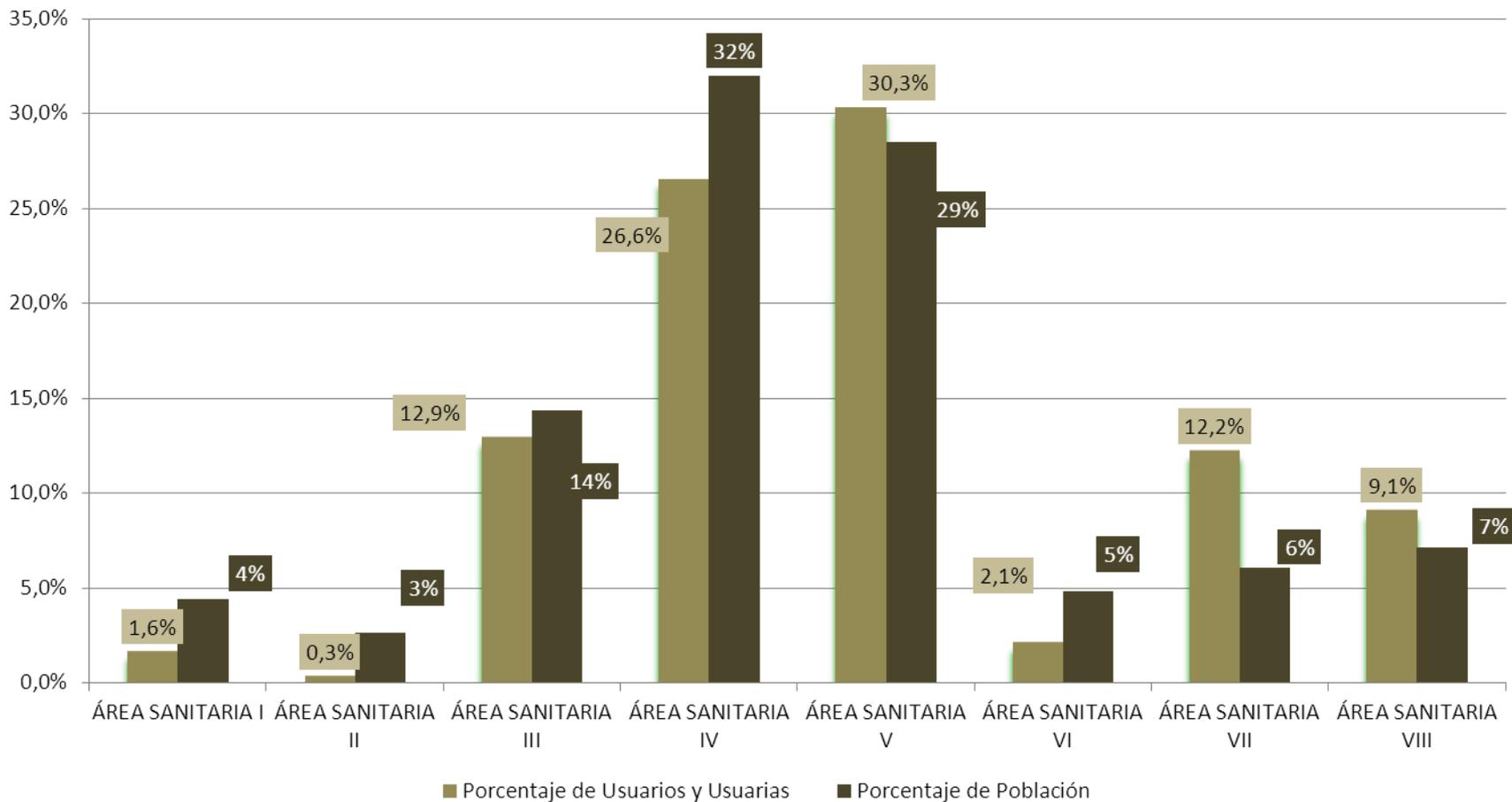
# PIRAMIDE POBLACIONAL (INICIO DE TRATAMIENTO)



# CONCEJO DE RESIDENCIA



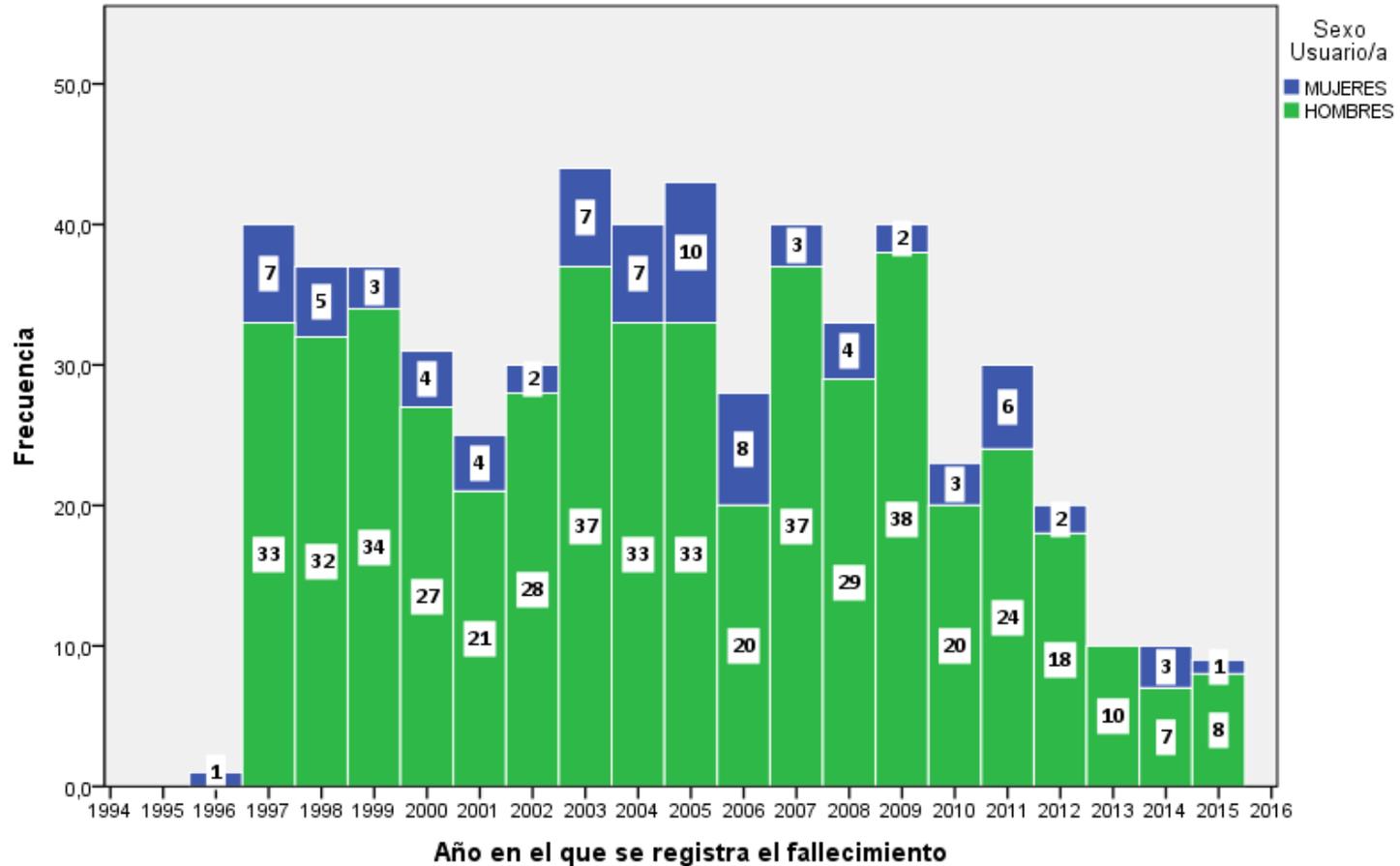
# RELACIÓN ENTRE % POBLACIÓN Y USUARIOS/AS



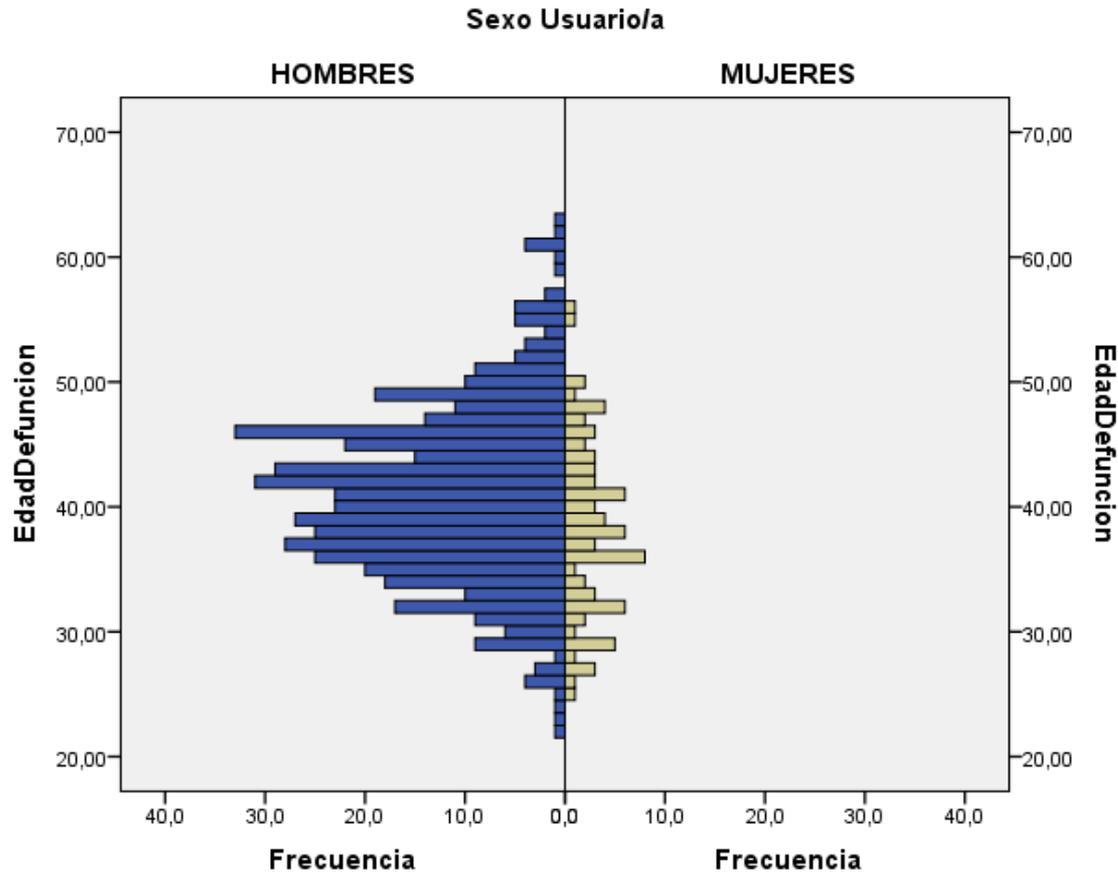
# TASAS CONCEJOS (ENE 2015)

	Población (Enero 2015)			Personas Usuarias (Enero 2015)			Relación Personas Usuarias/Población Concejo		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Tasa Total	Tasa Hombre	Tasa Mujeres
<b>Asturias</b>	<b>1.051.229</b>	<b>502.175</b>	<b>549.054</b>	<b>5.414</b>	<b>4.401</b>	<b>1.013</b>	<b>0,52%</b>	<b>0,88%</b>	0,18%
Aller	11.555	5.693	5.862	54	54		0,47%	0,95%	
Avilés	80.880	38.314	42.566	400	325	75	0,49%	0,85%	0,18%
Gijón	274.290	129.372	144.918	1.574	1.273	301	0,57%	0,98%	0,21%
Langreo	41.738	19.807	21.931	405	326	79	0,97%	1,65%	0,36%
Laviana	13.582	6.526	7.056	49	49		0,36%	0,75%	
Mieres	40.338	19.138	21.200	488	385	103	1,21%	2,01%	0,49%
Oviedo	221.870	103.063	118.807	1.018	813	205	0,46%	0,79%	0,17%
San Martín del Rey Aurelio	17.182	8.245	8.937	100	100		0,58%	1,21%	

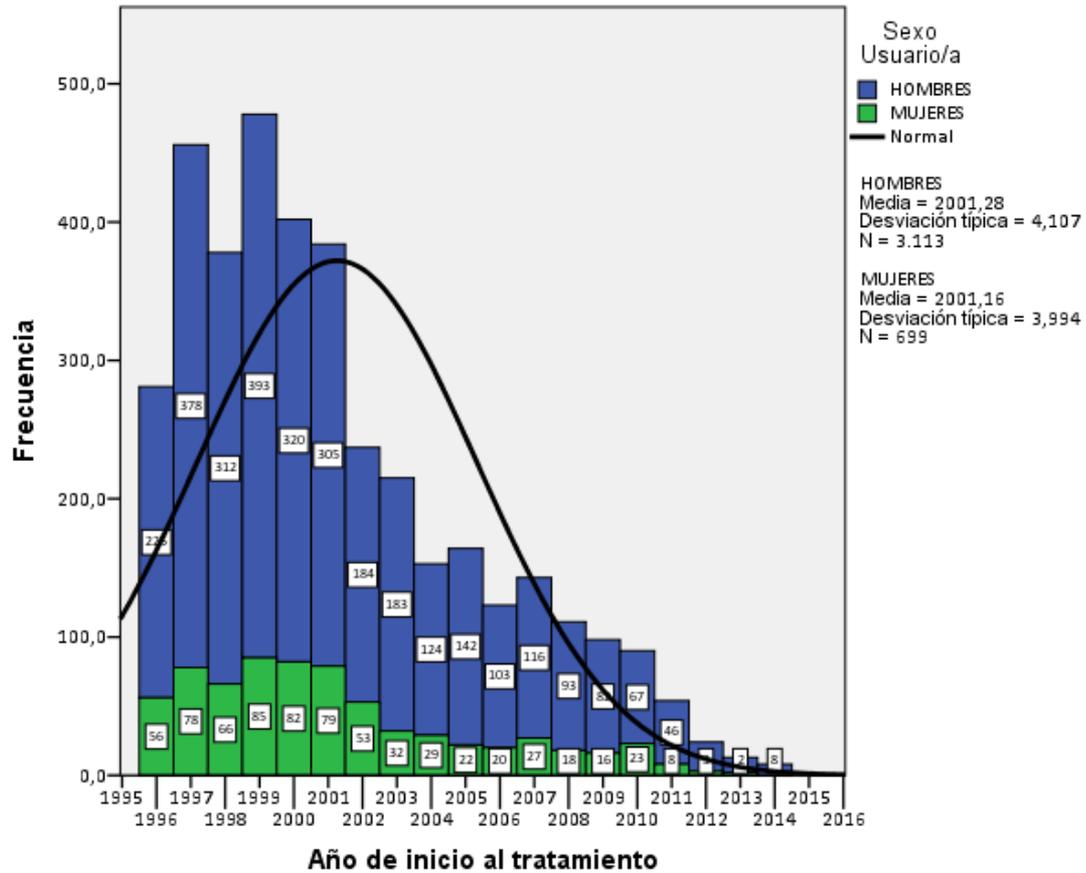
# HISTOGRAMA. AÑO DE REGISTRO DE FALLECIMIENTO



# EDAD DEFUNCIÓN



# INGRESOS



# Encuestas

- **Profesionales**
- **Pacientes**

Cuestionarios ad hoc utilizando afirmaciones sobre aspectos del programa de sustitutivos opiáceos (utilidad, posibles mejoras, relación profesionales/pacientes, etc.) ante las que se requería a la persona entrevistada su grado de acuerdo/desacuerdo mediante una escala Likert numérica con un límite inferior de 0 «*total desacuerdo*» y uno superior de 5 «*total acuerdo*», que expresaba la posición del entrevistado ante la afirmación a valorar.

# Ficha técnica encuesta a Profesionales

- **Recogida de información:** mediante cuestionario estructurado autocumplimentado.
- **Universo (N):** Profesionales sanitarios de la red de recursos de prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, N=75.
- **(n):** Se recogieron 45 cuestionarios que suponen el 60% de N.
- **Ámbito Geográfico:** Comunidad autónoma de Asturias.
- **Trabajo de campo:** De marzo a junio de 2017 mediante remitido por correo interno y postal prefranqueado para su cumplimentación autoadministrada.
- **Muestreo:** No probabilístico.
- **Herramienta para la Recogida de Información:** Cuestionario auto-cumplimentado por escrito (30-45 minutos).
- **Análisis Estadístico:** Mediante paquete informático PASWStatistics 20.
- **Anonimato y confidencialidad:** Garantía absoluta de anonimato de los entrevistados. Las respuestas son utilizadas únicamente en la confección de tablas estadísticas

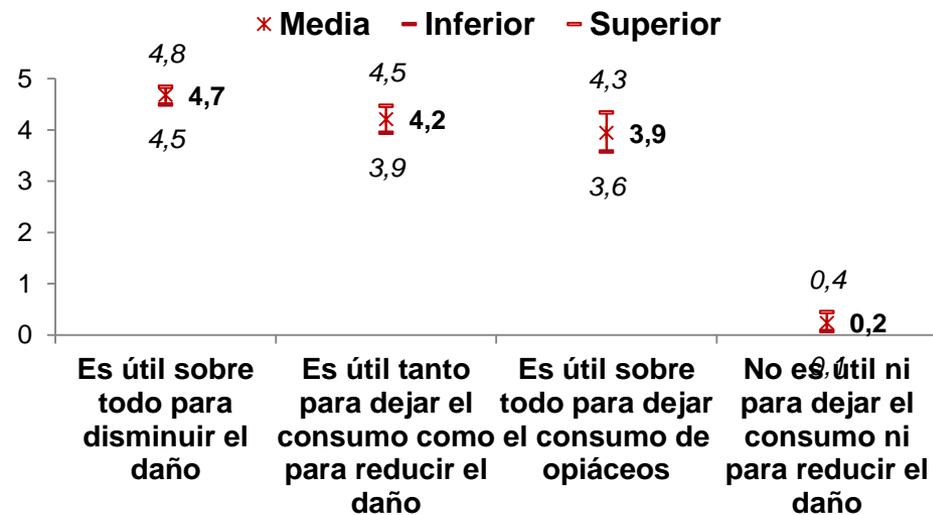
# Ficha técnica encuesta a Pacientes

- **Recogida de información:** mediante entrevista personal a través de cuestionario estructurado.
- **Universo (N):** Pacientes de la red de recursos de prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, N=2.300.
- **Tamaño de la muestra (n):** 155 cuestionarios que suponen el 6,7% de N (119 hombres y 36 mujeres).
- **Ámbito Geográfico:** Comunidad autónoma de Asturias.
- **Trabajo de campo:** Entre los meses de mayo a octubre de 2017.
- **Muestreo:** No probabilístico, por cuotas por sexo.
- **Herramienta para la Recogida de Información:** Cuestionario estructurado por escrito (30-45 minutos).
- Se incorporó un método de **evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** mediante el cuestionario EQ-5D-5L.
- **Análisis Estadístico:** Mediante paquete informático PASWStatistics 20.
- **Anonimato y confidencialidad:** Garantía absoluta de anonimato de los entrevistados. Las respuestas son utilizadas únicamente en la confección de tablas estadísticas.

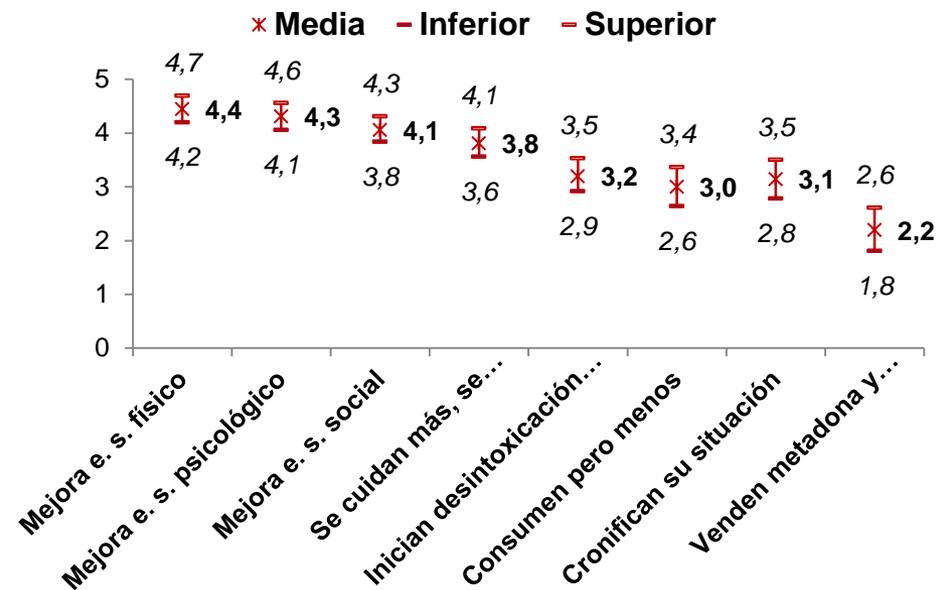
# Valoración global del PSO: profesionales

El programa está bien valorado por los **profesionales** en cuanto a la consecución de los objetivos terapéuticos de **mejorar la salud bio-psico-social de los pacientes, y reducir o abandonar el consumo de opiáceos de comercio ilegal**

Grado de acuerdo respecto a la idoneidad del programa de sustitutivos opiáceos en la consecución de los diferentes objetivos terapéuticos. Valor medio e intervalo de confianza (IC) al 95%



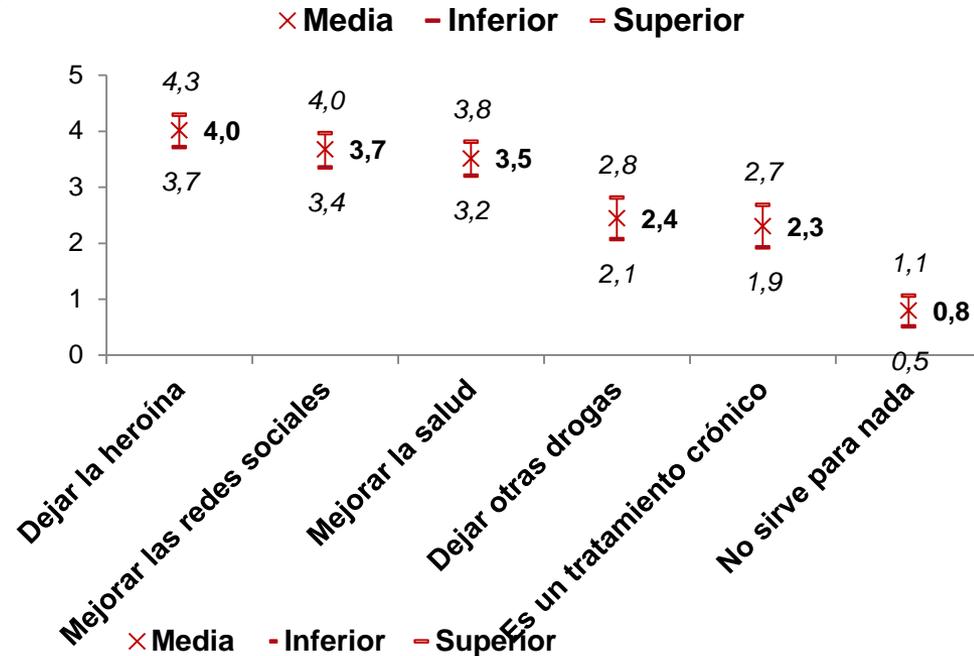
Valoración media sobre el impacto del programa en la salud y las conductas de los pacientes e IC al 95%



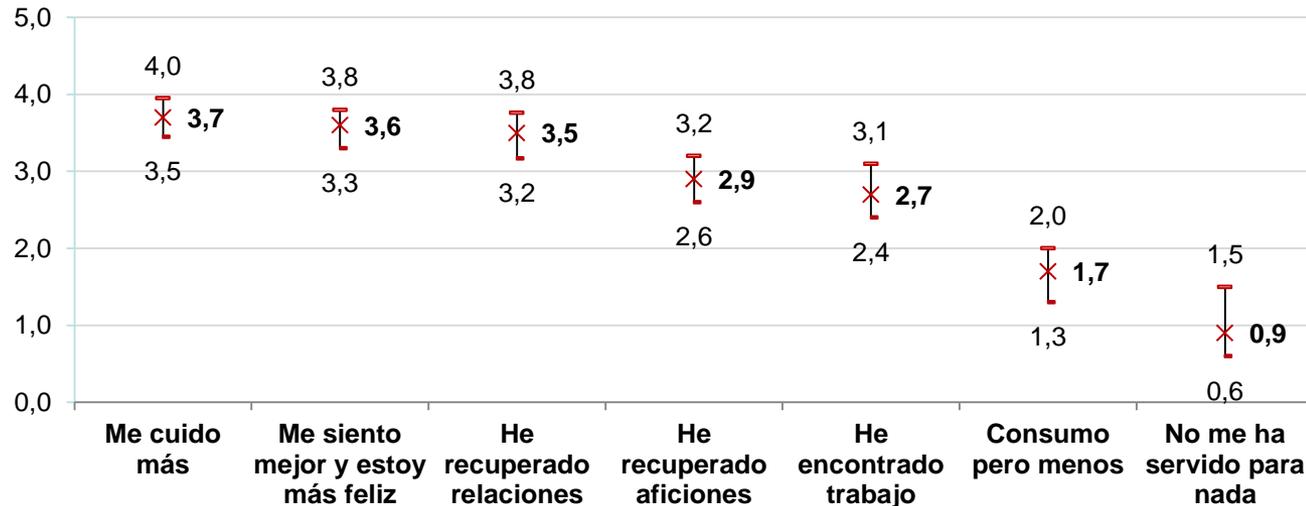
# Valoración global del PSO: pacientes

Algo en lo que también están de acuerdo los pacientes...

Valoración media y valor superior en Inferior para IC 95% de distintos aspectos relacionados con la utilidad del PSO en respuesta a la pregunta; «*Consideras que el PSO es útil para....*»



Valoración media e IC al 95% de distintos aspectos relacionados con el impacto del PSO en la conducta y situación personal. «*Desde que estoy en el programa de mantenimiento con metadona....*»



# Resultados a Pacientes

**PERFIL:** Hombre (8 de cada 10), de **mediana edad** (48 años de media), **situación socio-laboral precaria** (el 50% es pensionista o recibe otras prestaciones) y **viven en su mayoría o solos** (36%) **o con familiares** (30%) **en vivienda en propiedad/alquiler** (63%) **o de familiares** (25%) y con un **nivel formativo bajo** (el 50% tiene educación primaria). En su mayoría están a tratamiento con **metadona** (solo 2 de cada 10 con metasedín) y llevan **15 años o más en el programa**.

Las **mujeres** presentan **peores indicadores** en la variable «convivencia»; en la categoría más frecuente «**solo/a**», están el 40% de los hombres pero el 30% de las mujeres ( $p=0,026$ ).

Además, en la categoría «**con familiares**», se encuentra el 34% de los hombres frente al **20% de las mujeres** y presentan **porcentajes superiores en las categorías «únicamente con pareja»** (26%) y «**con pareja e hijos**» (23%), lo que las sitúa en mayor proporción que los hombres en tipologías de **convivencia con menos apoyo familiar y más en la posición de cuidadoras** como esposas/ madres, contexto que **reduce su autonomía en la toma decisiones** para, por ejemplo, iniciar procesos de deshabituación e incorporación social, lo que puede **reducir sus probabilidades de abandono del consumo y de integración social en contextos normalizados**. En este sentido, se ha acreditado (FILLMORE et al. 1997) que **los problemas de las mujeres relacionados con el abuso de sustancias interfieren en el funcionamiento de más áreas de su vida personal que lo hace en el caso de los hombres** (GREEN, 2006).

FILLMORE, K. M.; GOLDING, J. M.; LEINO, E. V.; MOTOYOSHI, M.; SHOEMAKER, C.; TERRY, H.; . . . FERRER, H. P. (1997). [«Patterns and trends in women's and men's drinking»](#). In R. W. Wilsnack & S. C. Wilsnack (Eds.), «*Gender and alcohol: Individual and social perspectives*» (pp. 21-48). Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of Alcohol Studies.

GREEN, Carla A. [«Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services»](#), NIAAA.

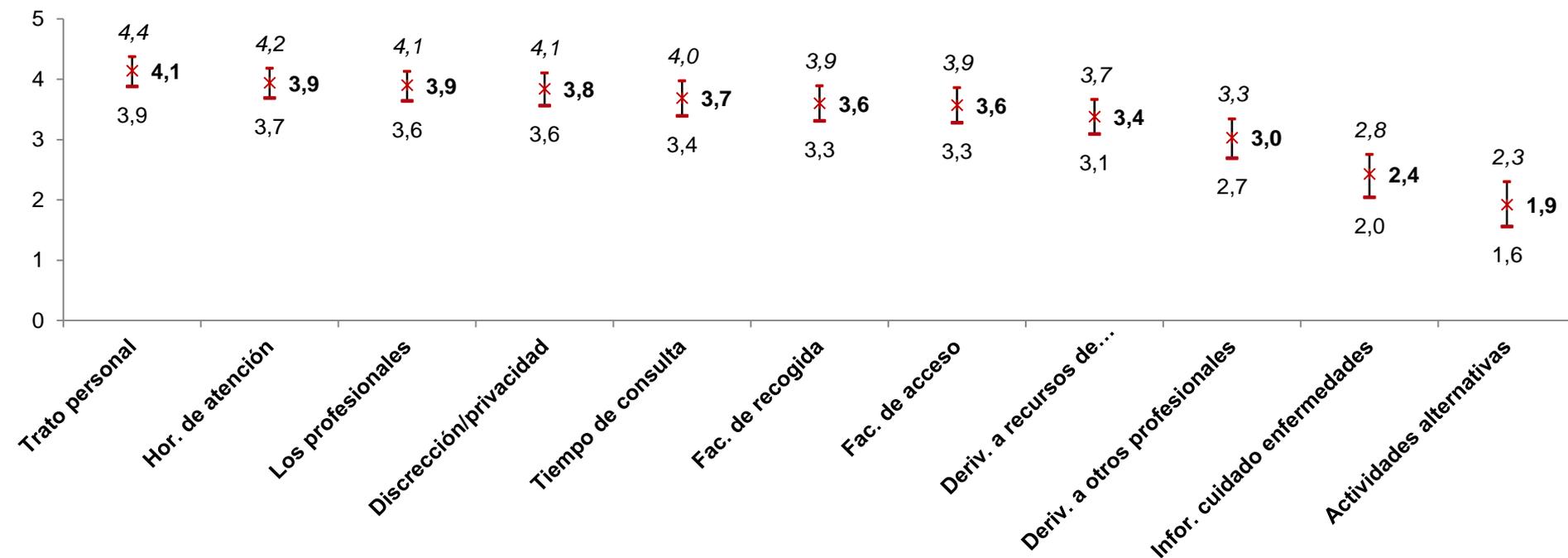
# Aspectos mejor y peor valorados

Los aspectos **mejor valorados** por los pacientes están relacionados con el **trato personalizado y la atención** recibida.

Los **peor valorados** con todo lo relacionado con los **tratamientos y recursos de apoyo o complementarios** (talleres específicos de atención, trabajo social etc).

**PACIENTES: Valoración media de distintos aspectos relacionados con la atención y valor superior en Inferior para IC 95%**

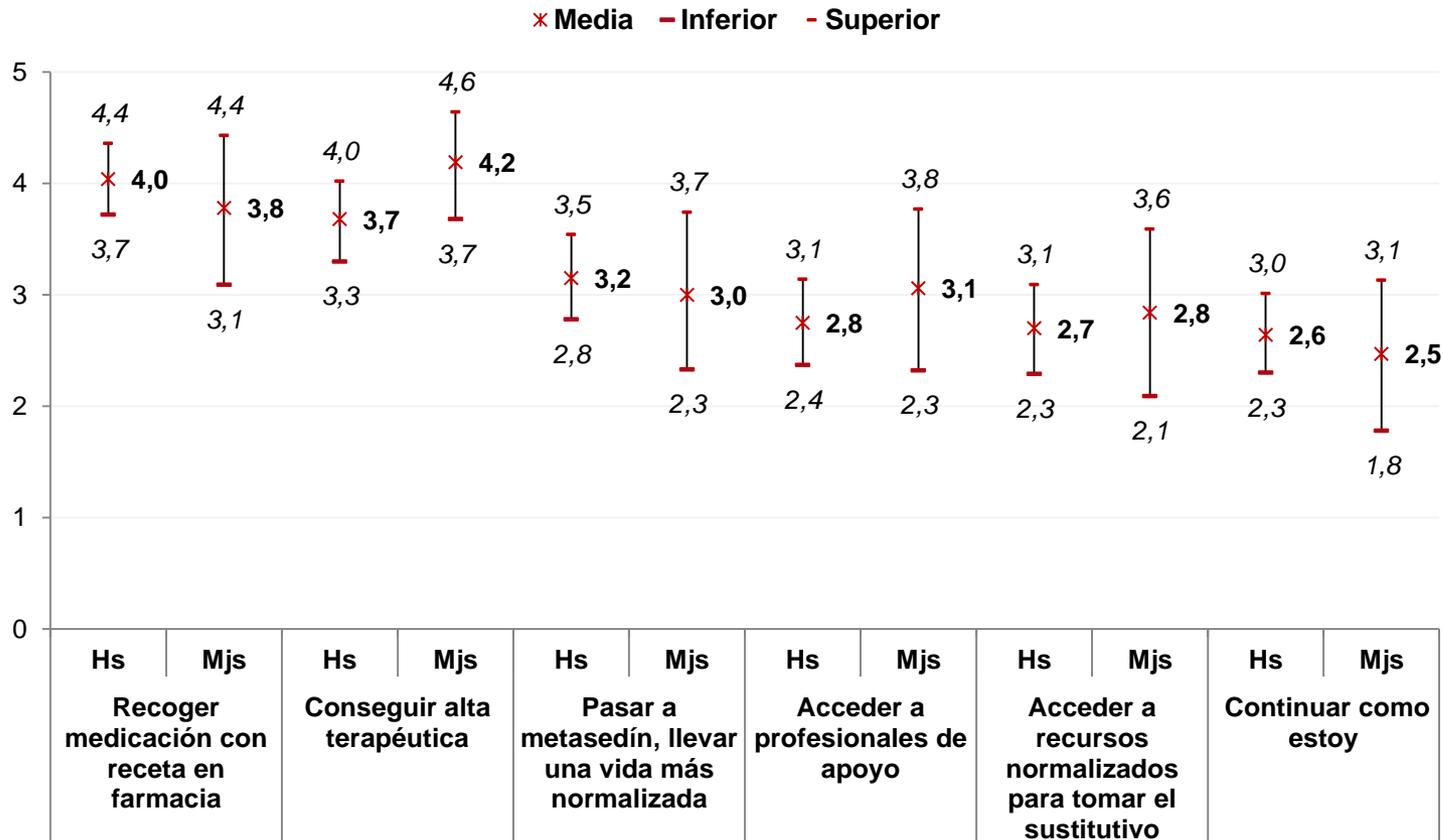
\* Media - Inferior - Superior



# Expectativas de futuro como pacientes

1. Avanzar hacia una mayor normalización e integración social, bien sea accediendo a recursos de dispensación más normalizados o mediante el consumo del formato Metasedín®
2. Alta terapéutica, valorado muy significativamente por las mujeres

Valoración media e IC al 95% de distintos aspectos relacionados con las expectativas de futuro de los pacientes del PSO, según Sexo



# Aspectos Críticos del PSO

**El PSO cronifica los tratamientos (el 54% lleva 15 años o más en el programa).**

**Uno de los efectos del programa** constatado por la experiencia clínica (GRACIA PASTOR, Jorge et al., 2010), la literatura (FDEZ. MIRANDA y GÓMEZ PEREIRO, 2007) y el resultado de la encuesta a pacientes es **la alta tasa de retención en el programa**, aspecto ambiguo ya que por un lado garantiza la consecución de varios de los objetivos del PSO (disminución de consumo de opioides ilegales, de las conductas delictivas, de las conductas de riesgo como la infección por VIH, del riesgo de muerte por sobredosis y mejora de la calidad de vida), pero por otra parte perpetúa a los pacientes como consumidores de sustitutivos opiáceos y de otras sustancias.

GRACIA PASTOR, Jorge et al. «*ULISES Programa de Mantenimiento con Metadona; Propuesta funcional, evaluación y situación actual*». Fundación Atenea-GID Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza. Zaragoza 2010.

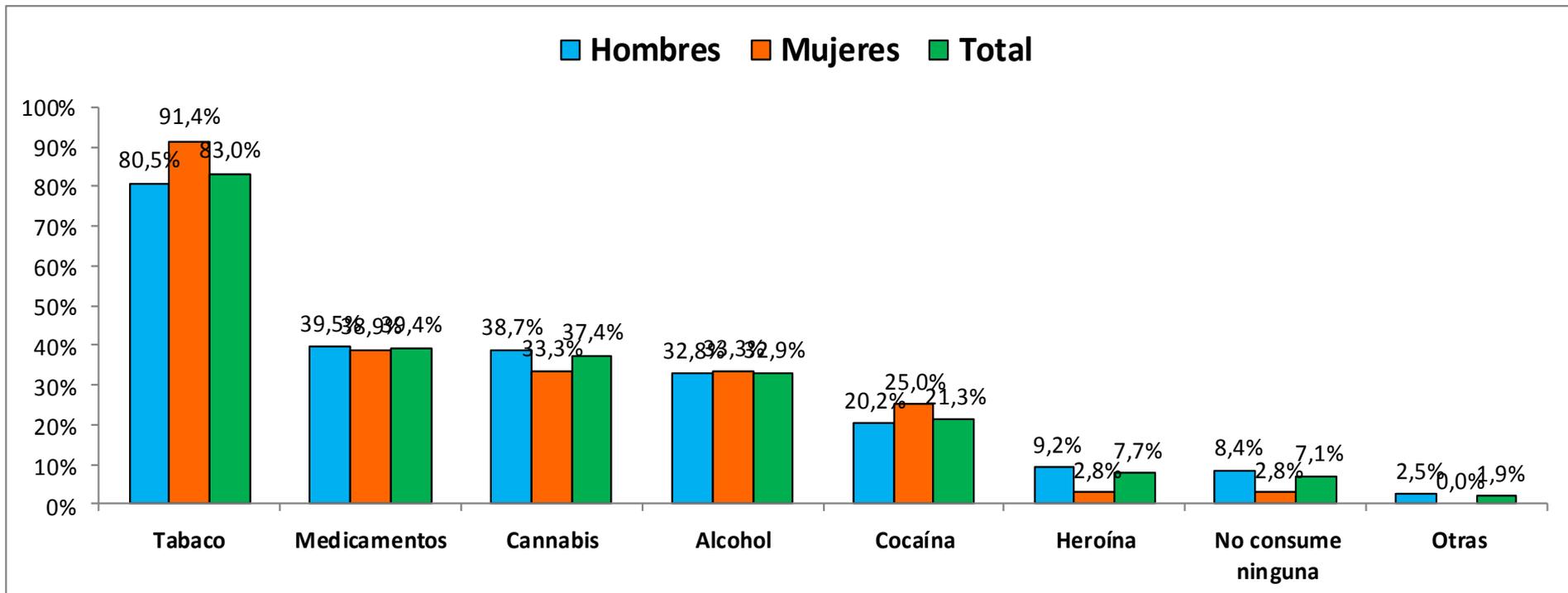
FERNÁNDEZ MIRANDA, Juan José; PEREIRO GÓMEZ, César. «*Guía clínica SOCIDROGALCOHOL para el tratamiento de la dependencia de opiáceos*». SOCIDROGALCOHOL, 2007. P 62-63.

# Aspectos Críticos del PSO

## El PSO no consigue el abandono o la reducción del consumo de otras sustancias.

SÁNCHEZ PARDO en su revisión crítica sobre las evaluaciones realizadas a programas de sustitutivos opiáceos observa **«la generalización de un patrón de policonsumo»**, que a su juicio **«condiciona el contenido de la evaluación de resultados»** de los programas de tratamiento con metadona o PTM, puesto que **«habría que plantearse no sólo el impacto que el uso de la metadona tiene en el consumo de heroína, sino sobre otras sustancias como la cocaína, el cánnabis, etc»**.

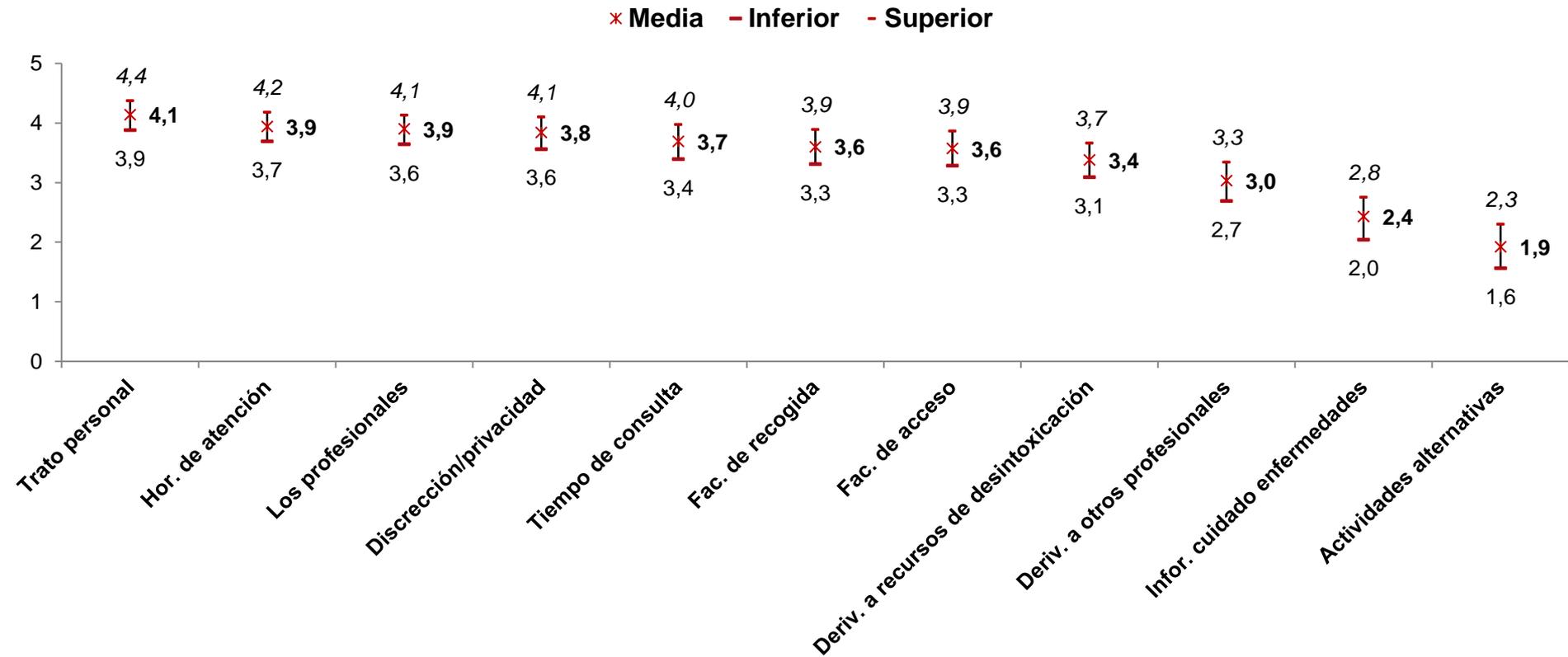
Distribución de pacientes por sexo según la *Sustancia consumida además del sustitutivo opiáceo (%)*.



# Aspectos Críticos del PSO

«Acceso a otros profesionales de apoyo», «actividades alternativas», uno de los aspectos peor valorados del PSO tanto por los pacientes como por profesionales en los apartados *atención recibida* y *valoración de diferentes aspectos de la relación profesional/pacientes*.

**PACIENTES:** Valoración media de distintos aspectos relacionados con la atención y valor superior en Inferior para IC 95%



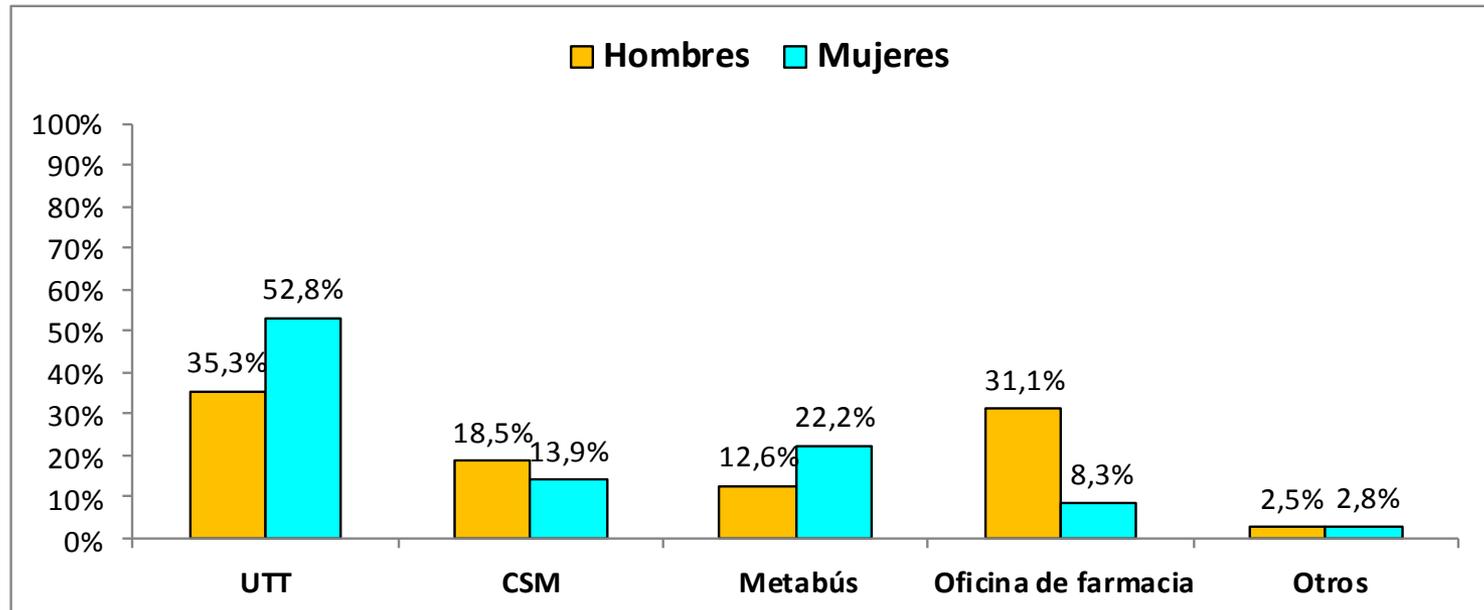
# Aspectos Críticos del PSO

El **género** parece el marco teórico que explica las diferencias observadas entre mujeres y hombres en variables determinantes.

Por ejemplo: El **tipo de recurso** en el que los pacientes reciben el tratamiento **varía significativamente según el sexo** ( $p=0,045$ ) y refleja que **las mujeres están mucho más presentes en dos recursos en los que los pacientes presentan peor situación de salud** como son **UTT** y **metabús**, y menos en los que presentan **mejores resultados de salud** -Oficinas de farmacia y CSM-.

Estas diferencias y otras señaladas ponen sobre la mesa un **posible sesgo de género en el tratamiento de las mujeres** y debe de hacernos reflexionar ante una **posible discriminación invisible que esté afectando a las mujeres a tratamiento en el PSO**, ya que como se ha señalado, las investigaciones acreditan que **una vez a tratamiento, el sexo no es un predictor significativo de la retención, finalización o resultado del mismo** (GREENFIELD et al, 2007).

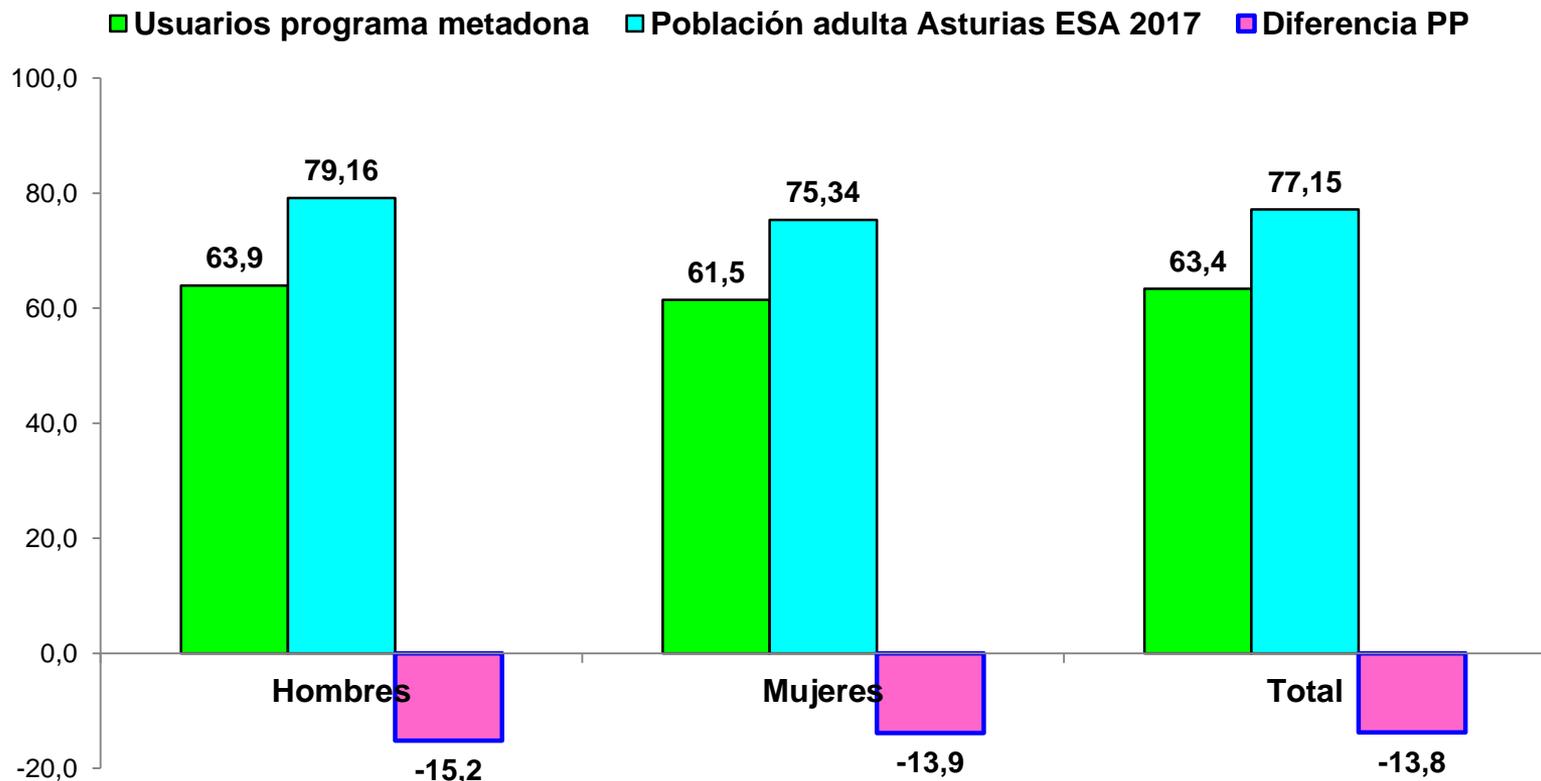
## Distribución de pacientes por sexo en los diferentes tipos de recursos (%).



# Resultados de Salud EQ-5D-5L Escala Analógica

**Auto-Valoración Analógica del estado de Salud –VAS–.** La población usuaria del PSO alcanza una puntuación media global de su estado de salud de **63,2 puntos** (IC95%: 59,9-67), **14 menos que la población general**. Por **sexo** (grafico 42), la brecha respecto a la población general es algo mayor en el caso de los hombres que con 63,6 puntos (IC95%: 60,1-68) están **a 15 de la media regional masculina**, que en el de las mujeres, que con 62 puntos (IC95%: 53,7- 69,6), se sitúa **a 14 de las mujeres asturianas**.

**Comparativa de la media analógica de autovaloración de salud –VAS- 2017 entre la población de Asturias y las personas usuarias del programa de sustitutivos opiáceos, según sexo**

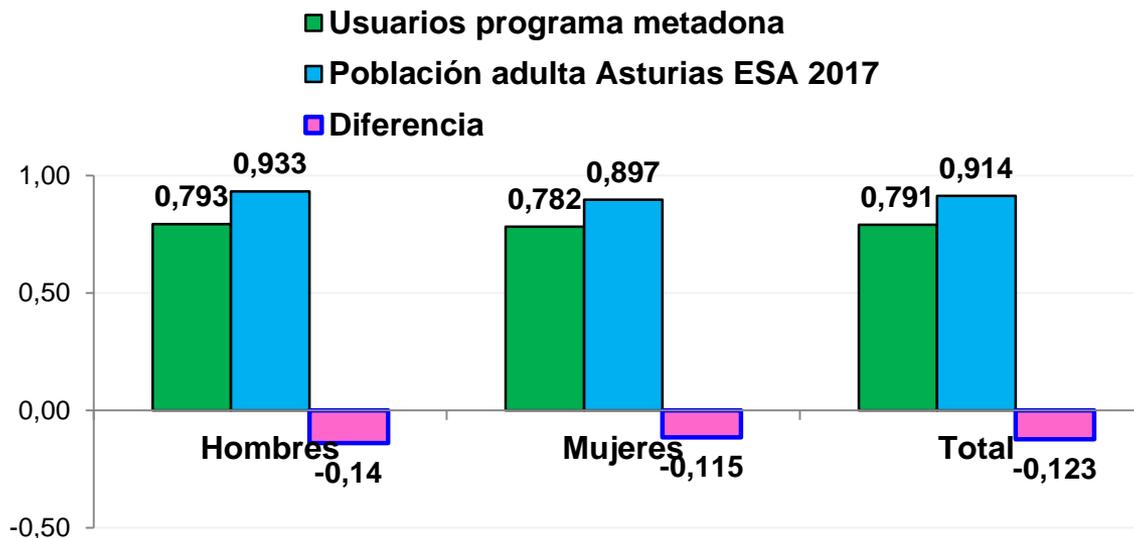


# Resultados de Salud EQ-5D-5L index

**Índice sintético de calidad de vida: EQ-5D-5L index:** Con las respuestas de las **cinco dimensiones** de calidad de vida (*movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor-malestar y ansiedad-depresión*) se calcula un valor para el estado de salud denominado EQ-5D-5L index, que oscila entre el 1 (mejor estado de salud) y el 0 (el peor estado de salud imaginable). el resultado de los pacientes.

El resultado de los pacientes del PSO se sitúa en **0,791 AVAC s** (IC95%: 0,74-0,84) a **-0,124 AVAC la población de Asturias**. Por **sexo los hombres** con **0,793** (IC95%: 0,75-0,83) están a **-0,143 de sus homónimos** de la población general y presentan **mejores resultados que las mujeres, que con 0,782** (IC95%: 0,70-0,85) están a **-0,115 de las mujeres** del conjunto de la población asturiana.

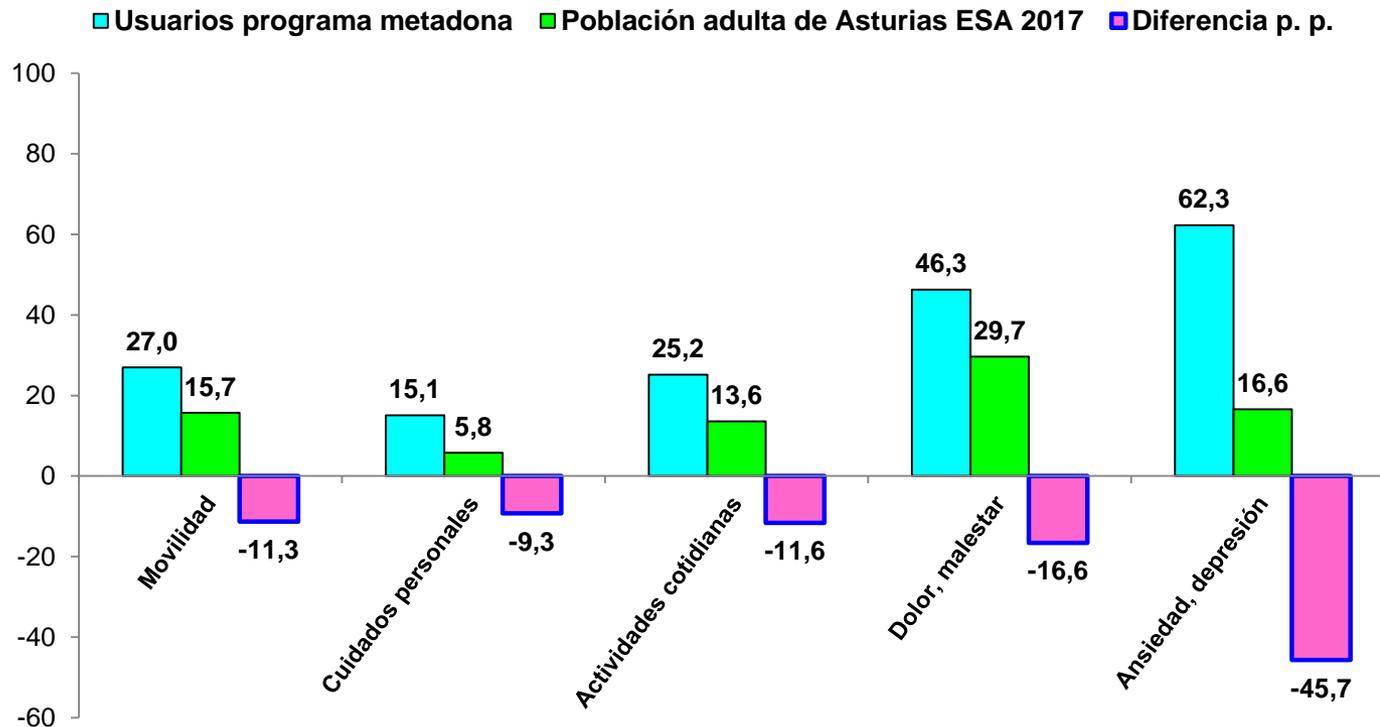
**Comparativa del resultado de salud según el EQ-5D-5L index entre la población asturiana (ESA 2017) y los pacientes del PSO, y diferencia entre ambas poblaciones, según el sexo**



# Dimensiones CVRS (EQ-5D-5L)

Podemos analizar por separado **cada una de las cinco dimensiones** en que se subdivide el *EQ-5D-5L* el porcentaje de población que manifiesta tener *algún tipo de problema* (suma de las categorías *leve, moderado y grave*) es **mayor en la población a tratamiento en el PSO** que en el conjunto de Asturias en **todas**, pero esta **diferencia es muy significativa en dos en particular**; en primer lugar en la **ansiedad-depresión**, en la que la diferencia es de 45 puntos porcentuales, lo que subraya la **morbilidad mental como el principal problema de ésta población**.

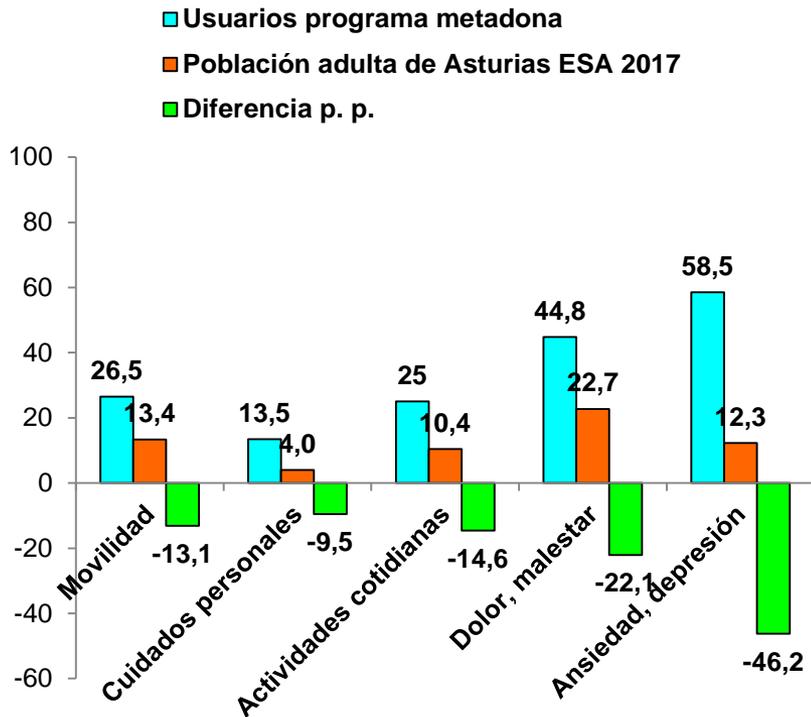
Comparativa entre la población del PSO y la adulta de Asturias (ESA 2017). Porcentaje de población con *algún tipo de problema (leve, moderado, grave)* en cada una de las 5 dimensiones *EQ-5D-5L* y diferencia en puntos porcentuales



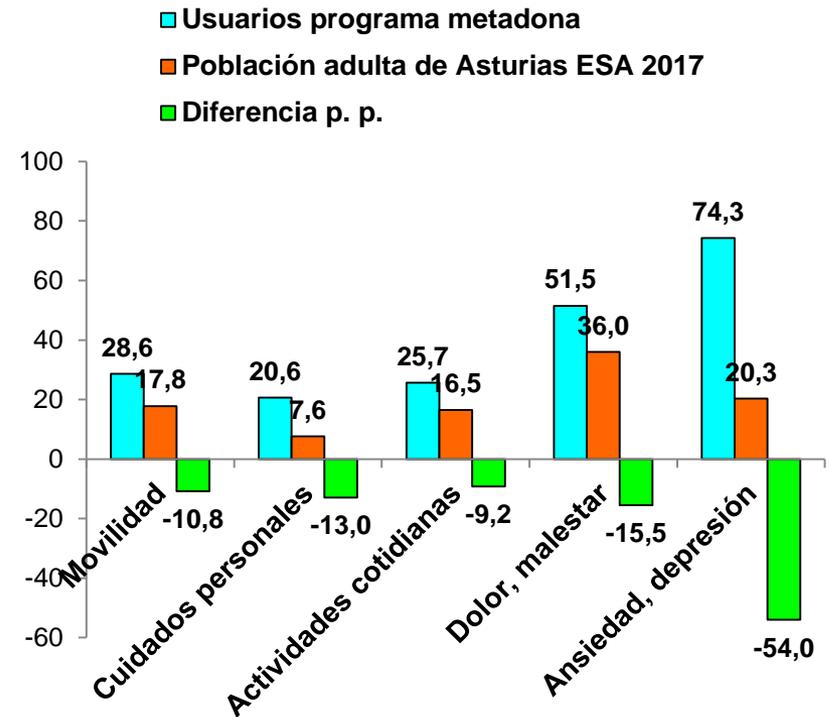
# Comparativa Dimensiones CVRS por Sexo

Es mayor siempre el porcentaje de mujeres que manifiesta tener *algún tipo de problema*. Las diferencias observadas parecen confirmar lo observado por BRADY & RANDALL (1999) que señala que *las mujeres a tratamiento presentan más problemas de salud que los hombres tanto físicos como psicológicos*. Además, *la ansiedad o los trastornos depresivos tienden a ser más frecuentes y severos entre las mujeres a tratamiento*, (CHEN et al, 2011).

## Hombres



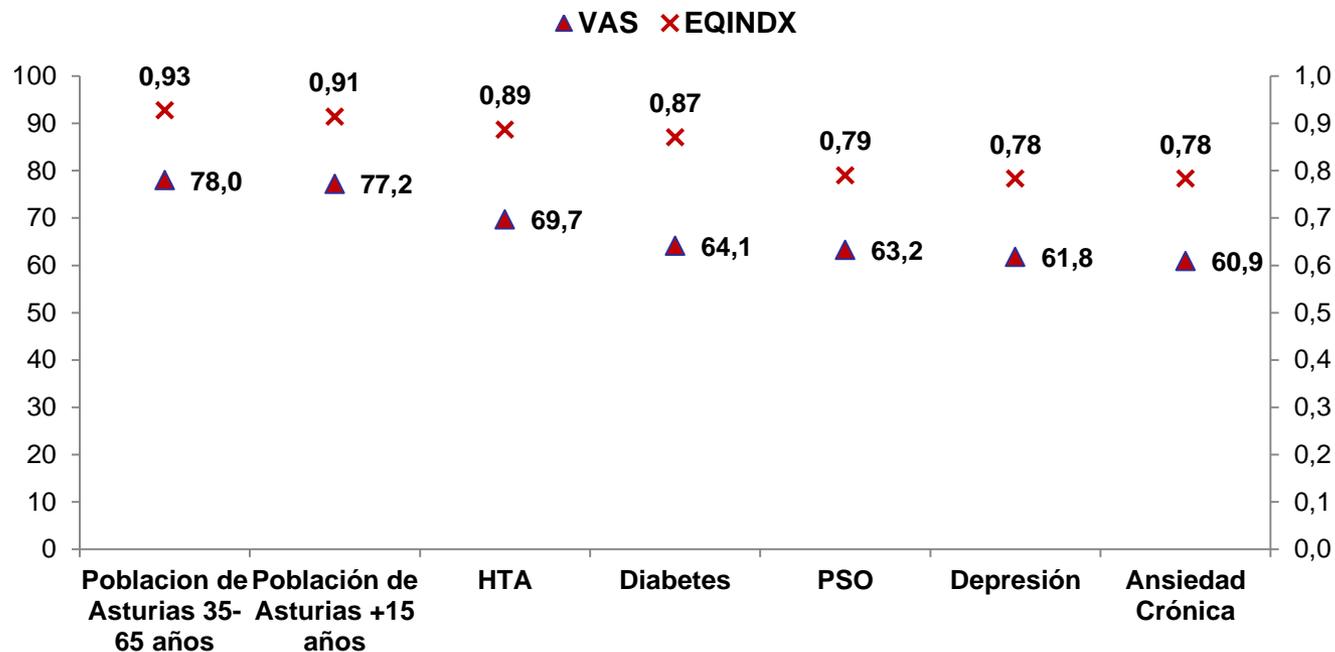
## Mujeres



# Situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) de las personas a tratamiento en el PSO según diferentes variables

**Patologías Crónicas:** Las personas a tratamiento del PSO presentan el **tercer peor resultado de salud** tanto en términos objetivos –Eqindex- como en la autovaloración –VAS-, solo por delante de las que padecen tanto *Depresión* como *Ansiedad*, lo que no hace sino subrayar tanto la cronicidad del tratamiento en el PSO como su carácter de patología mental.

**Comparativa de la situación de salud de la población en el PSO y la de Asturias –ESA 2017- con diversas patologías crónicas en el EQ-5D-5L index y la autovaloración analógica del estado de salud –VAS-**



# Situación de salud (EQ-5D-5L index y VAS) de las personas a tratamiento en el PSO según diferentes variables

**Sustitutivo opiáceo:** la personas usuarias de **Metasedín** presentan **mejor** resultado que las de **metadona**, con más claridad en el resultado *EQ-5D-5L index*, que con 0,87 se sitúan a 0,044 centésimas del valor medio de la población de Asturias (ESA 2017). En la VAS las diferencias (64,7 de los pacientes con Metasedín® por 62,9 con metadona) son menos evidentes.

**Tipo de recurso en el que recibe el tratamiento:** se observa una clasificación **de mejor a peor situación de salud** que va de las **oficinas de farmacia y los CSM**, pasa por el **metabús** y termina en las **UTT**, serie más clara en la VAS que en el Eqindex.

**Nivel de estudios:** la **situación de salud de las personas a tratamiento parece moverse en sentido inverso al nivel de estudios**; a menor logro académico mejor situación de salud y viceversa, y eso tanto según el *Eqindex* como la escala VAS. Aquí hay que tener en cuenta la incertidumbre de algunos los resultados en función de la *n*- de cada una de las categorías de la variable.

**Convivencia:** se observa una graduación que va del **mejor estado de salud para aquellas personas usuarias que viven con Familiares (padres, hermanos/as)** con una VAS media de 67,1 y un Eqindex de 0,84, seguido de **con Pareja e hijos** que además es la situación de convivencia que mejor resultado obtiene según la VAS. En las **dos últimas posiciones** aparecen **Solo/a** con una VAS de 56,6 y un Eqindex de 0,73 y **Otros (amigos/as o conocidos/as)** que con una VAS de 63,8 y un Eqindex de 0,72 se sitúa como la situación de convivencia con peor estado de salud asociado. **En definitiva, la familia** bien sea de *origen o propia*, ejerce como factor protector sobre la salud de las personas a tratamiento con sustitutivos opiáceos.

**Situación Laboral:** presentan **mejor estado de salud**, con una VAS media de 70 y un Eqindex de 0,87, las personas **con contrato laboral**. En el **extremo opuesto se encuentran los pensionistas u otras prestaciones** con una VAS media de 63 y un Eqindex de 0,76.

**Vivienda:** la **mejor situación** de salud se asocia con la **Vivienda de familiares (padres, hermanos/as)** con una VAS media de 66,6 y un Eqindex de 0,82. Muy cerca en el Eqindex 0,80 (aunque no tanto en la VAS 62,8) aparece **Piso en propiedad o alquiler**. Y alejados de estas dos tipologías aparecen **Habitación alquilada y Albergue y otros recursos**, lo que confirma la hipótesis de partida de que tanto el **entorno familiar** como **disponer de un «hogar» y no solo de un «lugar»**, es fundamental para la salud de las personas a tratamiento con sustitutivos opiáceos.

# Conclusiones y Recomendaciones

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
<b>VALORACIÓN GLOBAL DEL PSO</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. La pertinencia y funcionalidad del PSO en la consecución de los objetivos de Reducción del Daño y Disminución del Riesgo son altas.</li><li>2. El PSO logra el abandono del consumo de heroína (valoración de 4 por los pacientes y 3,9 por los profesionales).</li><li>3. El PSO disminuye el daño asociado al consumo de heroína por vía intravenosa y mejora el estado de salud físico, psicológico y social (valoración <math>\geq 4</math> por los profesionales y 3,5 por los pacientes).</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El programa en torno a los objetivos de abandono del consumo de heroína y de disminución del daño asociado es pertinente y cumple los objetivos por tanto se recomienda el mantenimiento del mismo.</li></ul>

# Conclusiones y Recomendaciones

1. **No existen apenas nuevas incorporaciones al programa de personas a tratamiento y la media de edad se acerca a los 50 años ( 48 – 49), mediana de 50 en hombres (datos estadísticos parte primera)**
2. **El PSO no logra que las personas a tratamiento abandonen el consumo de otras sustancias (el 83% consume tabaco, el 33% alcohol, el 37% cannabis, el 21% cocaína y en menor medida heroína con un 8%).**
3. **Alta permanencia/cronicidad en el PSO. Su éxito como vía para la desintoxicación, deshabitación e incorporación social es reducido.**

- **Abrir un proceso de reflexión para preparar el PSO ante los cambios derivados del envejecimiento de la población.**
- **Diseñar un proceso formativo específico para los profesionales de la red.**
- **Incorporar intervenciones coste/efectivas orientadas a reducir el consumo de otras sustancias.**
- **Identificar y establecer protocolos de uso y derivación a recursos comunitarios disponibles.**
- **Valorar la idoneidad y posibles alternativas a recursos de acercamiento –metabus-. Con especial atención el programa de acercamiento del área VIII.**

# Conclusiones y Recomendaciones

## VALORACIÓN RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE

1. La relación profesionales/pacientes es considerada mutuamente como buena.

Las personas que realizaron aportaciones a los cuestionarios de pacientes realizan quejas del trato personal como prepotencia, paternalismo, desconocimiento de las dosis de metadona que toman, rigidez para las citas y dificultades para compatibilizar un empleo con la recogida de metadona, etc.

- Incorporar la perspectiva bioética en la atención a pacientes a tratamiento con sustitutivos opiáceos

Incluir el decálogo de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud mental del Principado de Asturias y los derechos y deberes de los/las usuarios/as de la sanidad.

# Conclusiones y Recomendaciones

## VALORACIÓN DEL METASEDIN

- 1. El Metasedín es muy valorado por los profesionales (4,2 sobre 5), como complemento al formato líquido y no excluyente.**
  - 2. Se observan diferencias significativas en el número de pacientes a tratamiento con Metasedín entre diferentes áreas sanitarias y recursos de la red, no atribuibles a diferencias entre la población atendida.**
- Unificar criterios en cuanto a los tratamientos.
  - Incorporar un abanico más amplio de dosificación en pastillas, capsulas o comprimidos.

# Conclusiones y Recomendaciones

## Tratamientos psico-terapéuticos de apoyo/refuerzo

**1. Complementar la dispensación del sustitutivo con tratamientos psico-terapéuticos de apoyo/refuerzo y de incorporación social, como por ejemplo talleres de autocuidado personal o de abandono del hábito tabáquico.**

**1. Las personas a tratamiento con metadona tienen una patología mental asociada muy alta, esto pone de manifiesto la necesidad de entender las personas a tratamiento con metadona como un grupo de personas con patología mental. Por lo que disociar el tratamiento con metadona en particular y de drogas en general con patología mental no tienen sentido.**

- Ampliar la plantilla con perfiles profesionales del ámbito psicológico y social en su defecto mejorar la gestión con este tipo de profesionales de la red de salud mental.
- Implementar actividades complementarias en los recursos de dispensación de metadona. Diseñadas con unos objetivos concretos y adaptadas a las necesidades de las personas usuarias.
- Integrar y normalizar el tratamiento de toxicomanías en la red de salud mental con el resto de patologías.
- Elaborar una Guía Clínica de tratamiento con sustitutivos opiáceos que recoja criterios comunes para toda la red incorporando la perspectiva de género.
- Mejorar la coordinación con la red de recursos comunitarios para que las personas a tratamiento en PSO utilicen los recursos normalizados a los que accede el resto de la población.

# Conclusiones y Recomendaciones

Género	
<p><b>1. El perfil definido por las características sociodemográficas de las mujeres a tratamiento en el PSO dibuja un escenario peor que el de los hombres en aspectos como la vivienda, los hijos/as a cargo y los resultados de salud.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementar medidas específicas de atención psicosocial a la mujer dentro del PSO.</li><li>• Profundizar a través de estudios, investigaciones, grupos de discusión con mujeres usuarias de recursos, etc. las necesidades específicas de las mujeres usuarias de los recursos de PSO .</li></ul>

# Conclusiones y Recomendaciones

## Expectativas de futuro de los pacientes del PSO

### Normalización e integración social

- 1. Avanzar hacia una mayor normalización e integración social, bien sea accediendo a recursos de dispensación más normalizados o mediante el consumo del formato Metasedín®.**
  - 2. Alta terapéutica, valorado muy significativamente por las mujeres, lo que establece un matiz relevante entre ambos sexos.**
  - 3. Acceso a otros profesionales de apoyo, establece una clara relación con uno de los aspectos peor valorados del PSO tanto por los pacientes como por los profesionales, que señalan las actividades complementarias o de apoyo como una de las carencias del PSO ya señalada para ambos colectivos.**
- Avanzar hacia el tratamiento con receta médica para aquellos pacientes más normalizados. Actualmente es posible recetar comprimidos de Metasedín de 5mg.
  - Incorporar al programa de dispensación en oficinas de farmacia Metasedín para aquellos pacientes de zonas rurales aisladas.
  - Promover la participación comunitaria implicando a los planes municipales de drogas, asociaciones y otros recursos sociosanitarios.
  - Difundir entre los profesionales del PSO actividades complementarias de apoyo de éxito.

# Disponible on line

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/recursos-de-reduccion-del-dano>