

ENVEJECER EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA. UNA PERSPECTIVA DESDE EL MARCO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Sonsoles Gutiérrez-Cáceres (1,2), Azucena Pedraz-Marcos (2,3,4) y Pilar Serrano-Gallardo (2,3,5)

(1) Centro de Atención a las Adicciones de Latina. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Madrid. España.

(2) Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

(3) Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro (IDIPHISA). Majadahonda. Madrid. España.

(4) Grupo de Investigación Cualitativa en Salud. Universidad Autónoma de Madrid (GIQS-UAM). Madrid. España.

(5) Instituto Interuniversitario "Investigación avanzada sobre evaluación de la Ciencia y la Universidad (INAECU). Getafe. Madrid. España.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: Las personas en tratamiento con metadona han aumentado su esperanza de vida, envejeciendo de una forma prematura con comorbilidades. El objetivo de este estudio fue conocer el perfil sociodemográfico y clínico de estas personas en el Centro de Atención a las Adicciones del distrito de Latina (perteneciente a Madrid Salud), así como la percepción de la influencia del tratamiento en su envejecimiento. Se tuvo como marco el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud.

Métodos: Se utilizó una metodología mixta en dos fases: una cuantitativa, para describir las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio; y otra cualitativa, mediante entrevistas semiestructuradas a una muestra intencional, para explorar el historial de vida y la percepción de necesidades futuras respecto de la salud de los participantes.

Resultados: En los resultados destacó que la edad media de la muestra era de 48,28 años, que eran en su mayoría hombres (81,25%), de origen español, con un nivel de estudios y económico bajos y con una estancia media en tratamiento con metadona de ± 13 años. Se encontró un aumento de patologías mentales cuantos más años llevaban en el programa, así como que, a menor edad de inicio en el consumo, aumentaba la presencia de VIH y virus de la Hepatitis C. En sus discursos se halló que los determinantes sociales de la salud han condicionado su historia vital.

Conclusiones: Tanto el consumo como la metadona contribuyen a su estigmatización, no favoreciendo su inclusión normalizada en la sociedad y determinando un estado elevado de vulnerabilidad. Ésta aumenta a medida que lo hace su edad, no recibiendo los recursos adecuados para atender a sus futuras necesidades.

Palabras clave: Cronicidad, Determinantes sociales de salud, Envejecimiento, Metadona, Vulnerabilidad, Estigma, VIH.

ABSTRACT

Aging in a methadone maintenance program. A perspective from the framework of social determinants of health

Background: People on methadone treatment have increased their life expectancy, aging prematurely with comorbidities. The objective of this study was to know the sociodemographic and clinical profile of these people in the Center for Addiction Care in the district of Latina (belonging to Madrid Salud), as well as the perception of the influence of the treatment on their aging. The Social Determinants of Health Model was used as a framework.

Methods: A mixed methodology was used in two phases: a quantitative one, to describe the sociodemographic and clinical characteristics of the study population; and another qualitative one, through semi-structured interviews to an intentional sample, to explore the history of life and the perception of future needs regarding the health of the participants.

Results: The results highlighted that the average age of the sample was 48.28 years, that they were mostly men (81.25%), of Spanish origin, with a low level of education and economics and with a medium stay in treatment with methadone of ± 13 years. An increase in mental pathologies was found the more years they had been in the program, as well as, at a lower age of onset in consumption, the presence of HIV and Hepatitis C virus increased. In their speeches it was found that the social determinants of Health have conditioned its vital history.

Conclusions: Both consumption and methadone contribute to its stigmatization, not favoring its normalized inclusion in society and determining a high state of vulnerability. This increases as age does, not receive adequate resources to meet their future needs.

Key words: Cronicity, Social determinants of health, Aging, Methadone, Vulnerability, Stigma, HIV.

Correspondencia:

Sonsoles Gutiérrez Cáceres.
Centro de Atención a las Adicciones del Distrito de Latina.
C/ Camarena, 10.
28047 Madrid, España.
gutierrezcs@madrid.es

Cita sugerida: Gutiérrez-Cáceres S, Pedraz-Marcos A, Serrano-Gallardo P. Envejecer en un programa de mantenimiento con metadona. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud. Rev Esp Salud Pública. 2019; 93: 26 de agosto e201908048.

INTRODUCCIÓN

Se estima que alrededor de un 69% de los consumidores de opiáceos tratados participan en algún tipo de Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)⁽¹⁾. La población atendida en los Centros de Atención a las Adicciones (anteriormente Centros de Atención a las Drogodependencias o CAD) está envejeciendo, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, con un promedio de dos años mayores respecto a 2010^(2,3), y con alrededor de un 10% que supera los 50 años. Esto promueve la aparición de patologías comunes y crónicas relacionadas con el aumento de edad⁽⁴⁾.

A los problemas del envejecimiento, hay que sumar el efecto a largo plazo que tiene el propio medicamento administrado (metadona), que altera la percepción del dolor⁽⁵⁾, aumenta la posibilidad de afectación neurológica o cardíaca^(6,7) o favorece el envejecimiento cerebral prematuro⁽⁸⁾.

Hay que tener en cuenta también las comorbilidades de enfermedades prevalentes en este sector de población. El VIH está presente en un 5,4% de las personas infectadas que también toman metadona⁽⁹⁾. La Hepatitis C (VHC) fue, según la Organización Mundial de la Salud, la infección predominante en 2016, llegando a estar contagiados un 67% de los consumidores de drogas por vía intravenosa así como un elevado porcentaje de los que presentaban alguna enfermedad psiquiátrica⁽¹⁰⁾ (Patología Dual: PD).

El estigma es otro de los factores ligados a las personas en PMM. Según afirma Goffman: *“la persona que se siente estigmatizada, ya sea de forma personal o por estar en tratamiento con una sustancia desacreditada, tiende a sentirse insegura en la relación con los demás, produciéndole ansiedad y malestar”*⁽¹¹⁾.

Todos los factores anteriormente mencionados provocan que la población mayor presente en

los PMM sea particularmente vulnerable. Es preciso prestarles una mayor atención para amortiguar el impacto de estos factores en su salud⁽¹²⁾. Asimismo, es necesario contemplar esta problemática de una forma integradora, teniendo en cuenta todos los factores desencadenantes y no solo los biológicos. Hay que considerar también sus condiciones de vida y los factores socioeconómicos y políticos que les rodean⁽¹³⁾. El marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (incluido el propio sistema de salud⁽¹⁴⁾), permite contemplar el fenómeno de los mayores participantes en los PMM desde ese enfoque.

En lo que respecta al abordaje terapéutico, países como Estados Unidos se han planteado que son elementales recursos específicos, como son las residencias de ancianos que aceptan la metadona como una medicación más, o bien la modificación y adaptación de las residencias existentes para abordar la situación futura. Hay que tener en cuenta todos los factores asociados al estilo de vida que les hacen precisar atenciones debido a su cronicidad^(15,16). En Europa, la disponibilidad de programas específicos para consumidores de drogas en edad avanzada se da en menos de la mitad de los países, llegando incluso a no ser percibido como una necesidad en la mayoría de ellos⁽¹⁾.

El objetivo del estudio fue describir el perfil sociodemográfico y clínico de las personas que se encontraban en tratamiento con metadona en el Centro de Atención a las Drogodependencias del Distrito de Latina, explorando además la percepción del efecto de la metadona en la vida y el envejecimiento, así como en las necesidades de salud y en las demandas futuras de cuidado, de las personas con 60 años o más. Se realizó a través de sus discursos y desde la perspectiva del marco de los determinantes sociales de la salud.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una investigación de métodos mixtos secuencial⁽¹⁷⁾, en dos fases.

Primera fase cuantitativa: estudio descriptivo. La obtención de la muestra se realizó en el Centro de Atención a las Drogodependencias del Distrito de Latina, perteneciente al Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid⁽¹⁸⁾.

Se analizaron distintas variables de las personas que estaban incluidas en el PMM, tanto en dispensación en CAD como en farmacia, a día 1 de diciembre de 2016:

- Variables sociodemográficas (edad, sexo, país de origen, nivel de estudios).
- Variables de tratamiento (centro dispensador, apoyo familiar, si la persona vivía solo/a, edad de inicio en el consumo, años participando en el programa de metadona).
- Variables clínicas (infección por VIH confirmada, infección por VHC confirmada, existencia de una patología dual -coexistencia de una enfermedad mental y de un trastorno por uso de sustancias-). Estas variables clínicas se obtuvieron de la revisión de las historias en el

soporte informático “Sistema Unificado Para el Registro de Adicciones: SUPRA”).

Para el tratamiento y análisis se utilizó el paquete estadístico Epidat 4.2, calculándose índices de estadística descriptiva acordes a la naturaleza de las variables (media y desviación estándar -DE- para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas). Se estimaron prevalencias globales y por sexos de VIH, VHC, PD y comorbilidad. Se llevaron a cabo análisis bivariantes entre las variables clínicas y las sociodemográficas (sexo, grupo de edad –recodificada en mayor o menor de 45 años-, nivel de estudios, apoyo familiar, país de procedencia –recodificada en autóctono o extranjero- y nivel económico), se calculó el OR y se hizo uso de pruebas de contraste de hipótesis (t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas). Se calcularon intervalos de confianza al 95% de seguridad (IC 95%), y se trabajó con un nivel de significación $\leq 0,05$.

Segunda fase: Estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas (tabla 1), desde un enfoque fenomenológico⁽¹⁹⁾, para averiguar la percepción en las personas mayores de 60 años que estuvieran en tratamiento con metadona, del efecto de ésta en su vida diaria y en su salud.

Tabla 1
Guión de la entrevista.

Temas	Preguntas orientativas
Percepción de la afectación de la metadona en su vida y envejecimiento	- ¿Cómo afecta la terapia con metadona a su salud? ¿Y a su vida diaria? ¿Lo considera como un tratamiento más? - ¿Qué clase de apoyos tiene fuera del centro? ¿Y personales? - ¿Qué otros malestares tiene en este momento? - ¿Qué cree que piensa la sociedad de la metadona? ¿Cómo le afecta? - ¿Cómo convive con los efectos secundarios tanto de la metadona como de otros medicamentos?
Necesidades de salud y demandas futuras de cuidado	- ¿Cómo se ve en el futuro en relación con la metadona? ¿Lo considera algo que pueda ser para siempre? - Y con respecto al tratamiento y la edad, ¿cree que habría algo que mejorar de cara al futuro? ¿Qué cree que va a necesitar?

Para la selección de las personas se efectuó un muestreo teórico siguiendo criterios de los datos obtenidos de las historias clínicas, siendo el principal el tener una edad mayor o igual a 60 años. Los criterios de exclusión fueron estar tomando una sustancia diferente al clorhidrato de metadona, no dominar el idioma español, tener alguna patología grave asociada que podría ejercer un efecto confusor o que su profesional de referencia fuese la propia entrevistadora.

Tras finalizar este primer muestreo, se contó con cinco hombres y ninguna mujer, por lo que se realizó un segundo muestreo por conveniencia, para tener así en cuenta la perspectiva de género. Fueron seleccionadas las cinco mujeres de mayor edad con los mismos criterios de exclusión. Todas las personas elegidas fueron contactadas por los profesionales de referencia de cada uno.

Se facilitó al comienzo del encuentro la hoja informativa y el consentimiento para el estudio, y se grabaron las entrevistas para su análisis posterior, identificando los temas y subtemas principales y organizando los datos en un marco de codificación que permitiera su interpretación⁽²⁰⁾, dentro del marco de referencia de los DSS.

Este estudio de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (CEI 77-1421) y contó con la autorización del Instituto de Adicciones. La identidad de los individuos se anonimizó según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y clínicas de las personas en el programa de metadona. Se analizaron datos de 192 pacientes, de los que 156 eran hombres y 36 eran mujeres. La media de edad fue de 48,28 años, siendo las mujeres más jóvenes. El grupo de edad mayoritario fue el comprendido en el rango de los 46 a los 60 años (66,67%; n=128); el país de origen predominante fue España (94,27%; n=181), el nivel de estudios mayoritario fue primarios o menores (48,96%; n=94), y el nivel socioeconómico predominante fue el bajo (66,67%; n=128). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según sexo (tabla 2).

Un 24,48% de la muestra estaba infectado por VIH (n=47) y un 65,1% por VHC (n=125),

Tabla 2
Características de la población según sexo.

Características	Totales n= 192	Hombres n= 156 (81,25%)	Mujeres n= 36 (18,75%)	Valor p
	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	
Edad	48,28 (7,12)	48,7 (7,01)	46,2 (7,2)	0,052
Edad Inicio Consumo	21,54 (6,8)	21,6 (6,8)	21,3 (7,07)	0,813
Media de años en PMM	13,6 (7,1)	13,6 (7,2)	13,5 (6,5)	0,912
Características	% (n)	% (n)	% (n)	Valor p
Grupo de Edad: 46-60 años	66,67 (128)	68,59 (107)	58,33 (21)	0,185
País de Origen: España	94,27 (181)	96,15 (150)	86,11 (31)	0,072
Estudios: Primarios o menos	48,96 (94)	50,64 (79)	41,67 (15)	0,244
Nivel Económico: Bajo	66,67 (128)	67,31 (105)	63,89 (23)	0,691

DE: Desviación Estándar; PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona.

mientras que con diagnóstico de PD fue un 47,32% (n=91). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo (tabla 3).

En relación con la situación de seropositividad por VIH, si bien la asociación encontrada no llegó

a ser estadísticamente significativa (p=0,081), fue mayor en las mujeres que en los hombres (36,1%; n=13 frente a 21,8%; n=34), siendo el riesgo 2,02 veces más alto en las mujeres (IC95%: 0,931-4,420) (tabla 4). Se encontró que las personas con nivel económico bajo tenían 2,58 veces más riesgo de contraer la infección que las de nivel

Tabla 3
Prevalencias de infección VIH, VHC y patología dual globales y según sexo.

Variables		Totales (n=192)	Hombres (n=156)	Mujeres (n=36)	Valor p
		% (n)	% (n)	% (n)	
Infección VIH	Sí	24,48 (47)	21,79 (34)	36,11 (13)	0,075
	No	75,52 (145)	78,21 (122)	63,89 (23)	
Infección VHC	Sí	65,1 (125)	64,1 (100)	69,44 (25)	0,545
	No	34,9 (67)	35,9 (56)	30,56 (11)	
Patología Dual	Sí	47,32 (91)	46,79 (73)	50 (18)	0,912
	No	52,68 (101)	53,21 (83)	50 (18)	

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana; VHC: Virus Hepatitis C.

Tabla 4
Situación de seropositividad del VIH según variables sociodemográficas.

Variables	VIH Sí	VIH No	Valor p	OR (IC 95%)
	% (n)	% (n)		
Hombre^(*)	21,8 (34)	122 (78,2)	0,081	2,028 (0,931-4,420)
Mujer	36,1 (13)	63,9 (23)		
Edad < 45 años^(*)	17,2 (10)	82,8 (48)	0,116	1,831 (0,840-3,992)
Edad > 45 años	27,6 (37)	72,4 (97)		
Origen Autóctono^(*)	25,4 (46)	74,6 (135)	0,178	0,293 (0,037-2,355)
Origen Extranjero	9,1 (1)	90,9 (10)		
Estudios 1^{os} o menos	29,8 (28)	70,2 (66)	0,867	1,069 (0,491-2,324)
Estudios 2^{os} o equivalentes	25,8 (16)	74,2 (46)	0,054	0,267 (0,070-1,025)
Estudios superiores^(*)	8,3 (3)	91,7 (33)	-	-
Apoyo familiar No^(*)	32,7 (16)	67,3 (33)	0,131	0,571 (0,279-1,170)
Apoyo familiar Sí	21,7 (31)	78,3 (112)		
Nivel Económico Bajo^(*)	29,7 (38)	70,3 (90)	0,028	2,58 (1,16-7,74)
Nivel Económico Medio	14,1 (9)	85,9 (55)		

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana; VHC: Virus Hepatitis C.

económico medio (IC95%: 1,16-5,74; p=0,028). En el mismo análisis, con la variable VHC y la variable PD, no se halló significación estadística.

Las mujeres presentaron mayor prevalencia de comorbilidad, pero sin diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres. El binomio de VHC y PD fue el que tuvo mayor frecuencia (32,8%, n=63) (tabla 5).

Una menor edad en el inicio de consumo se asoció con la infección por VIH (18,5 contra 22,5; p=0,0001) y con la infección por VHC (20,1 contra 24,3; p=0,0001), mientras que llevar más años en tratamiento se asoció con la PD (14, 8 contra 12,6; p=0,036) (tabla 6).

Necesidades y demandas de cuidado de las personas que envejecen en el programa de metadona. Para la fase cualitativa del estudio, cuatro personas aceptaron ser entrevistadas, siendo dos hombres y dos mujeres (de nacionalidad española, con estudios primarios o menores, con serología positiva para VIH y VHC, y con un nivel sociodemográfico bajo, a excepción de una mujer de 56 años que tenía estudios superiores, un nivel socioeconómico medio y que carecía de patologías orgánicas; el hombre y la mujer de mayor edad también tenían diagnóstico de PD). En referencia a los apoyos personales, las mujeres contaban con su pareja también en los PMM y los hombres tenían el apoyo de su familia de origen.

Tabla 5
Prevalencia de comorbilidad globales y según sexo.

Variables	Totales (n=192)	Hombres (n=156)	Mujeres (n=36)	Valor p
	% (n)	% (n)	% (n)	
VIH+VHC	23,4 (45)	21,1 (33)	33,3 (12)	0,120
VIH+PD	13 (25)	11,5 (18)	19,4 (7)	0,204
VHC+PD	32,8 (63)	32 (50)	36,1 (13)	0,640
VIH+VHC+PD	12,5 (24)	11,5 (18)	16,7 (6)	0,402

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana; VHC: Virus Hepatitis C; PD: Patología Dual.

Tabla 6
Edad de inicio del consumo y años en tratamiento según las patologías clínicas VIH, VHC y PD.

Variables	VIH			VHC			PD		
	SÍ	NO	Valor P	SÍ	NO	Valor P	SÍ	NO	Valor P
	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)		\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)		\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	
Edad inicio consumo	18,5 (5,20)	22,5 (7,02)	0,0001	20,1 (5,42)	24,3 (8,25)	0,0001	21,5 (6,69)	21, 6 (7,01)	0,954
Años en PMM	14,8 (6,44)	13,3 (7,31)	0,183	14,3 (6,14)	12,5 (8,60)	0,143	14,8 (6,55)	12,6 (7,49)	0,036

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana; VHC: Virus Hepatitis C; PD: Patología Dual; PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona; DE: Desviación Estándar

Los años en tratamiento oscilaron entre 19 y 9, que se correspondían respectivamente con el hombre que comenzó a consumir más joven (con 17 años) y la mujer que se inició en el consumo a mayor edad (29 años). La **figura 1** muestra los temas y subtemas resultantes del análisis.

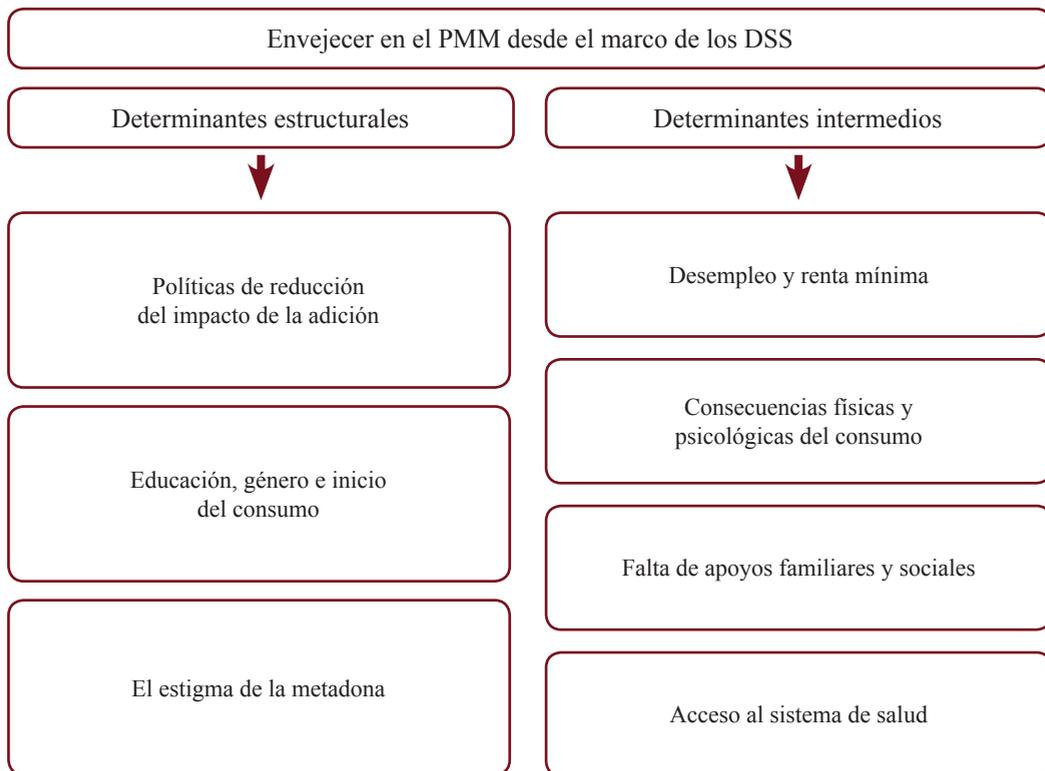
Determinantes estructurales:

– Los orígenes del tratamiento de la adicción: un reto de salud pública. Entre los determinantes estructurales, uno de los factores que afectaban a la persona y a su salud era el contexto socioeconómico y político en el que se encontraba. En España, los PMM no comenzaron

hasta después de 1980, no permitiéndose el tratamiento si no se tenía dinero: *“me dio Naltrexona... valía 1.000...”* (hombre, 62 años).

La regulación de los PMM, mediante políticas de salud pública, hizo éstos accesibles a cualquier persona que lo solicitase, favoreciendo cambios a nivel de hábitos relacionados con el consumo: *“me viene muy bien porque me evita ir a pillar.. estoy tranquila”* (mujer, 56 años). También, promovía cambios en la percepción de su calidad de vida, lo que repercutió en la mejora de su salud y la relación con los demás: *“me ha condicionado a salir de la droga, a estar bien con mi familia y a estar bien conmigo mismo...”* (hombre, 62 años).

Figura 1
Resumen de resultados en el marco de los DSS.



– La influencia de la educación, el género y la edad de inicio en el consumo. Según nuestro modelo de referencia, para poder optar a un nivel socioeconómico superior mediante trabajos mejor remunerados, es necesario un mayor nivel educativo. A excepción de la mujer de 56 que tenía estudios superiores, los demás presentaban estudios primarios o menores, siendo un condicionante también para la forma en que se relacionan con su entorno: “*yo soy una yonquí rara... que dentro que soy yonquí... pues yo que sé... yo tengo mis valores y no me gusta oír ciertos comportamientos ni gente maleducada... estas cosas no me gustan, no me han gustado nunca...*” (mujer, 56 años).

Las diferencias de género en las entrevistas no se hicieron visibles, excepto en el rol de cuidadora de la mujer de 57 años, que comentó la percepción de culpabilidad que sentía como madre: “*yo que sé por qué se porta así, no sé... muchas veces lo hemos hablabo... [sic] Dice: 'jo, es que yo cuando era pequeño... no estaba como otros niños, vosotros estabais a lo que estabais y claro, la "agüela"... [sic]*” (mujer, 57 años).

Gracias a la efectividad de los tratamientos con metadona, la mortalidad de esta población ha ido disminuyendo. Por ello, en sus discursos, la referencia a la edad era perceptible: “*... voy a ir con la cachaba a tomar la metadona...*” (hombre, 64 años); “*ahora que soy más vieja y tengo más cosas*” (mujer, 57 años).

– El estigma de la metadona. La metadona y su asociación perpetua con la drogadicción estigmatiza a las personas que están en tratamiento con esta sustancia, limitando las relaciones entre los que la toman y los que no, debido a su percepción de discriminación: “*te ven como un bicho raro... algunos piensan que es una droga... yo tengo diez amigos y saben que tomo metadona dos...*” (hombre, 64 años). Esta distinción no solo se percibía en la relación con

los demás, sino que ellos y ellas mismos se autopercebían estigmatizados, al no considerar la metadona como una medicación más: “*yo en mi trabajo no digo que tomo metadona, obviamente. Puede ser una medicación, pero no es una aspirina ni un paracetamol*” (mujer, 56 años).

Determinantes intermedios: El condicionante mayor de la vida y la salud de estas personas fue lo que nuestro marco teórico denomina los determinantes intermedios, que son los que generan los contextos, las circunstancias y los estilos de vida que han llevado.

– El desempleo y las ayudas sociales. Ninguno tenía trabajo, a excepción de la mujer de 56 años, aunque el trabajo también estaba condicionado por su historia de consumo: “*yo lo he pasao [sic] muy mal con el trabajo, bueno me he ido mala muchas veces porque, si no, lo hubiera perdido obviamente*”.

Los ingresos económicos del resto de participantes provenían de ayudas sociales, según su nivel socioeconómico bajo: “*estoy cobrando el RAI o el REI... el RAI, el RAI [Renta Activa de Inserción]...*” (hombre, 64 años); “*cobro la pensión no contributiva de trescientos y pico, sesenta y tantos*” (mujer, 57 años). En estos casos, las viviendas a las que podían optar, bien eran de escasa calidad al ser antiguas (como en el caso de los hombres entrevistados), o bien se habían alojado en las de sus progenitores, no teniendo posibilidad de realizar mejoras en ellas. Otra posibilidad fue que se encontraran en zonas marginales donde se realizaran actividades relacionadas con la droga, lo que suponía un riesgo, ya que les podía incitar al consumo y generar recaídas: “*en el bloque de al lado mío... si son cincuenta vecinos, venden cien... en vez de una calle, un poblao [sic]*” (mujer, 57 años).

– Consecuencias conductuales y biológicas del consumo. Las personas entrevistadas hicieron referencia al consumo, sus repercusiones y

lo que les había condicionado. En algunos casos, estuvieron ligados a actividades delictivas a las que recurrían para poder consumir, teniendo en su mayoría antecedentes penales y habiendo pasado estancias en prisión: *“otra vez caí preso, seguí poniéndome en la cárcel... tenía un vis a vis, me metían la droga”* (hombre, 62 años). Otras veces, sufrieron enfermedades relacionadas con el consumo de heroína y los riesgos añadidos a la vía intravenosa, que causaban infecciones para las que son necesarios tratamientos crónicos: *“tomo antirretrovirales”* (mujer, 57 años). También se tuvieron en cuenta los problemas asociados a otros consumos crónicos característicos de nuestra población, como son el alcohol y el tabaco: *“la neuropatía”* (hombre, 64 años).

A esto, hemos de añadir el aumento de edad que agrega más problemas de salud: *“tengo la diabetes... me pincho cuatro veces diarias... colesterol, ¿cómo se llama?... ¡ay!, la tensión, todo...”* (mujer, 57 años), así como la alta prevalencia de patologías mentales: *“con resignación, unos días mejores que otros, pero lo paso mal”* (hombre, 64 años); *“con la cabeza `medio equilibrada`... si es que la verdad, cómo están las cabezas...”* (mujer, 56 años).

También nos encontramos que la metadona en la vida de las personas se convierte en algo de lo que no pueden prescindir, cronificándose su consumo, bien sea por el miedo a dejarla (*“a mí me ayuda, porque yo sé que si la dejo a 0, va a ser horrible, por los dolores...”* [hombre, 64 años]) o bien por la normalización de la metadona en la vida diaria (*“pues nada, como si fueras diabética, toda la vida vas a tener que estar con ella”* [mujer, 57 años]).

– Falta de apoyo del entorno. Las pérdidas personales debidas al consumo que habían sufrido los entrevistados a lo largo de su vida condicionaron sus apoyos personales en la actualidad: *“si es que han muerto casi todos mis*

amigos... por el tema de la droga, casi todos por el SIDA” (hombre, 62 años). Otra consecuencia fue el deterioro de relaciones: *“con la familia no tengo trato ninguno desde que falleció mi padre”* (mujer, 57 años).

Para afrontar esta situación compleja de salud, es importante saber con qué respaldos cuentan estas personas y sus características, ya que la falta de éstos o su precariedad, también son un factor determinante en las desigualdades. Los apoyos con los que contaban eran:

i) A nivel personal: *“con mi hermana he tenido suerte... ella ahora me está ayudando...”* (hombre, 64 años); *“mi hijo mayor... aunque esté trabajando... no me puede ayudar...”* (mujer, 57 años).

ii) Recursos sociales o comunitarios, aparte de los económicos: *“voy a Cáritas a que me den todas las mañanas... y luego me dan en el carro... es cada 15 días”* (hombre, 62 años); *“he estao [sic] en comedor social... he estao [sic] en dos ONG distintas”* (mujer, 57 años).

– Acceso a los servicios de salud. A la vista de todo esto, el acceso a los servicios de salud se postula como uno de los determinantes más importantes en los que nos tendremos que fijar y en cómo son percibidos estos servicios por parte de los participantes: *“aquí todo el mundo conmigo ha sido maravilloso... facilidades... sin problema, sin cita”* (hombre, 62 años).

En relación a las necesidades de salud que perciben de cara al futuro, los entrevistados se centraron en su mayoría, de manera concreta, en el tratamiento con metadona y, sobre todo, en el contexto de las connotaciones negativas que se podrían solucionar para que fuese un tratamiento más normalizado: *“pues si hay metasedin en pastillas... eso podría ser más cómodo”* (hombre, 64 años); *“si no viniera aquí, mejor... ir a una farmacia sería mucho mejor”* (mujer, 56 años).

DISCUSIÓN

La existencia de condiciones desfavorables en la población estudiada influye en la salud de estas personas: cuanto mayor es la edad, mayor probabilidad hay de que sea peor su calidad de vida, aumentando a su vez el riesgo de exclusión y de DSS⁽¹⁴⁾.

La edad media encontrada en el presente estudio supera a la de la población general de la ciudad de Madrid, que es de 43,5 años⁽²¹⁾, siendo similar la razón de sexo (2:8)⁽²²⁾. La media de años de duración del tratamiento también es mayor, mientras que la edad media de inicio en el consumo es menor⁽²³⁾, lo que esté posiblemente relacionado con la implantación tardía de los tratamientos en otros contextos. El nivel socioeconómico medio-bajo, el apoyo familiar y el nivel de educación son similares a los reflejados por otros autores^(24,25).

El VHC está aumentando su prevalencia en todo el mundo⁽²⁶⁾, siendo en nuestro estudio la infección mayoritaria, como se ha evidenciado también en otros trabajos⁽²⁷⁾. También encontramos similitudes con otros estudios en relación al diagnóstico de enfermedades mentales, que es mayor en las personas que están en PMM con más años de evolución⁽²⁸⁾. Todo ello se debe a la mayor exclusión social y a la estigmatización relacionada con su tratamiento, siendo las mujeres las que mayor prevalencia de estas comorbilidades tienen^(22,29).

Más allá de las características sociodemográficas y clínicas, encontramos similitudes en el discurso de su trayectoria vital. El consumo de sustancias y lo que genera a su alrededor, como son las actividades delictivas⁽³⁰⁾, impiden que forjen relaciones sociales fuera de su ambiente de consumo, lo que les dificulta en la actualidad para tener un círculo de personas iguales no consumidoras. Paralelamente, afecta a su vida familiar y a sus hijos⁽³¹⁾, lo que conlleva

pérdidas de apoyos importantes y les produce aislamiento y marginación.

Tampoco ayuda el estigma que acompaña a las personas que consumen heroína y al de los propios tratamientos con metadona, que les condiciona el reconocer que están tomando ésta por “lo que puedan pensar”⁽²³⁾. Esto dificulta sus relaciones con los demás, debido al concepto que ellos mismos tienen de cómo les ven y a la etiqueta que perciben de que siempre se les va a considerar drogadictos⁽³²⁾, incluyendo al personal sanitario que no trabaja específicamente con esta población⁽³⁰⁾.

Esto hace que las personas que toman metadona tengan un sentimiento ambivalente hacia ésta. Por un lado, tienden a verla de forma negativa, queriendo dejar el tratamiento cuanto antes. Por otro lado, la ven de forma positiva, por los beneficios que han obtenido al ser capaces de abandonar el consumo y llevar una vida normalizada^(24,31). Comienzan a considerarse como crónicos los tratamientos con metadona, encontrando en la mayoría de los estudios, al igual que en el presente, que estos tratamientos se están prolongando en el tiempo^(33,34).

Envejecer con metadona supone que, al deterioro físico y mental que se genera por el propio proceso del envejecimiento, hay que añadirle un mayor desgaste tanto físico como mental originado por el estilo de vida y el consumo, un mayor porcentaje de comorbilidades físicas y mentales, así como los efectos de los tratamientos crónicos durante tantos años^(9,35).

Aunque la satisfacción con los tratamientos es alta⁽³⁶⁾, las personas entrevistadas no tienen un discurso elaborado sobre sus necesidades de salud de cara al futuro, quizá porque nunca se lo habían preguntado. Durante mucho tiempo, solo han vivido un eterno presente. Hay que plantearse acciones encaminadas a prever las necesidades futuras de estas personas, que van añadiendo

años a su ya vulnerable situación, integrando las necesidades físicas y mentales mediante abordajes interdisciplinarios y fomentando así la participación del paciente en su cuidado⁽³⁷⁾.

Una de las limitaciones principales de nuestro estudio es el carácter limitado de la muestra, que se circunscribe a las personas en PMM de un único CAD. De la misma forma, el número de entrevistas realizadas resulta pequeño, aunque las características de la muestra seleccionada ha permitido alcanzar la saturación del discurso en estos perfiles. Es necesario seguir investigando en esta línea para conocer los perfiles en otros distritos, y profundizar en el entendimiento de sus percepciones y necesidades a través de técnicas cualitativas.

Debido al aumento de la supervivencia de las personas en PMM, las necesidades ligadas al envejecimiento y la cronicidad requieren de un equipo multidisciplinar formado y sensible a las mismas, en coordinación con los diferentes servicios socio-sanitarios. El marco de los DSS evidencia la necesidad de un cambio en las políticas sanitarias en la atención de estas personas, trabajando en la normalización y desestigmatización de esta población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio Europeo de las Drogas. Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades, 2015. 2016; Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>.
2. Instituto de Adicciones, Madrid Salud. Memoria anual 2010. 2011; Available at: <http://madridsalud.es/prevencion-y-atencion-integral-a-las-adicciones/>.
3. Instituto de Adicciones, Madrid Salud. Memoria Anual 2015. 2016; Available at: <http://madridsalud.es/prevencion-y-atencion-integral-a-las-adicciones/>.
4. Rosen D, Smith ML, Reynolds III CF. The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2008;16(6):488-497.
5. Observatorio español de las drogas y las toxicomanías. Informe 2016 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2016; Available at: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf.
6. Kao DP, Haigney MCP, Mehler PS, Krantz MJ. Arrhythmia associated with buprenorphine and methadone reported to the Food and Drug Administration. *Addiction* 2015 Sep;110(9):1468-1475.
7. Van den Beuken-Van Everdingen HJ, Geurts JW, Patijn J. Prolonged QT interval by methadone: Relevance for daily practice? A prospective study in patients with cancer and noncancer pain. *Journal of Opioid Management* 2017 /03/31;9(4):263-267.
8. Li W, Li Q, Wang Y, Zhu J, Ye J, Yan X, et al. Methadone induced damage to white matter integrity in methadone maintenance patients: a longitudinal self-control DTI study. *Scientific reports* 2016;6(1):1-8.
9. García Gonzalo MA, Santamaría Mas MI, Pascual Tomé L, Ibaguren Pinilla M, Rodríguez-Arondo F. Estudio transversal de comorbilidades y medicaciones concomitantes en una cohorte de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Atención Primaria* 2016 Oct;49(5):286-293.
10. Mateu G, Astals M, Torrens M. Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol* 2005;17(2):111-122.
11. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. 1st ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
12. García del Castillo, J A. Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Additions* 2015;15(1):5-13.
13. Serrano P. La vulnerabilidad, antesala de las desigualdades en salud. *Metas de enfermería* 2015;18(4):3.

14. World Health Organization. Determinantes Sociales de la Salud. 2008; Available at: http://www.who.int/social_determinants/es/. Accessed Nov 19, 2016.
15. Department of Defense, Office of Secretary. TRICARE. Mental Health and Substance Use Disorder Treatment. Final rule. Fed Regist 2016 Sep 2;81(171):61067-61098.
16. Han B, Polydorou S, Ferris R, Blaum CS, Ross S, McNeely J. Demographic trends of adults in New York City opioid treatment programs: an aging population. Substance Use & Misuse 2015 November 10;50(13):1660-1667.
17. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. 1st ed. University of Nebraska. Lincoln: Sage Publications; 2015.
18. Madrid Salud. Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD). 2016; Available at: <http://madridsalud.es/centros-de-atencion-a-drogodependencias-cad/>. Accessed abril, 2017.
19. Taylor SJ, Bogdan R, DeVault M. Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource. : John Wiley & Sons; 2015.
20. Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar A. Investigación cualitativa. 1st ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
21. Díaz-Olalla JM, Benítez-Robredo T. Estudio de salud de la ciudad de Madrid 2014. 2015.
22. Leone B, Di Nicola M, Moccia L, Pettorosso M, De Risio L, Nucara G, et al. Gender-related psychopathology in opioid use disorder: results from a representative sample of Italian addiction services. Addictive Behaviors 2017 august;71(1):107-110.
23. Tran BX, Vu PB, Nguyen LH, Latkin SK, Nguyen CT, Phan HTT, et al. Drug addiction stigma in relation to methadone maintenance treatment by different service delivery models in Vietnam. BMC public health 2016;16(1):238.
24. Carrera I, Sánchez L, Sabater E, Pereiro C, Flórez G, Conde M, et al. Study on users' perception of agonist opioid treatment in the Galician network of drug addiction. Heroin Addiction and Related Clinical Problems 2016;18(3):29-42.
25. Lin C, Chang K, Wang J, Lee LJ. Quality of life and its determinants for heroin addicts receiving a methadone maintenance program: Comparison with matched referents from the general population. Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi 2016 Sep;115(9):714-727.
26. World Health Organization. Estrategia Mundial del sector de la salud contra las Hepatitis Viricas 2016-2021. World Health Organization 2016 Jun.
27. Hser Y, Liang D, Lan Y, Vicknasingam B, Chakrabarti A. Drug Abuse, HIV, and HCV in Asian Countries. J Neuroimmune Pharmacol 2016 Sep;11(3):383-393.
28. Naji L, Burns Dennis B, Bawor M, Varenbut M, Daiter J, Plater C, et al. The association between age of onset of opioid use and comorbidity among opioid dependent patients receiving methadone maintenance therapy. Addiction Science & Clinical Practice 2017 Jan 1;12(9):1-7.
29. Martínez-Luna NG, Rodríguez-Cintas L, Esojo A, Palma-Álvarez RF, Robles-Martínez M, Grau-López L, et al. Harm reduction program use, psychopathology and medical severity in patients with methadone maintenance treatment. Adicciones 2018 Jan 15;30(3):197.
30. Melin Y, Eklund M, Lindgren B. Experiences of living with opioid dependence: an interview study among individuals participating in medication-assisted treatment. Issues in Mental Health Nursing 2017 January 2;38(1):9-17.
31. LaMart Hightower. A Phenomenological Study of Methadone Treatment by Opiate-Dependent Individuals Ages 50–55 Years ProQuest Dissertations Publishing; 2016.
32. Pascual Mollá M, Pascual Pastor F. Stigma in the addicted person. Adicciones 2017 Sep 29;29(4):223.
33. Cousins G, Boland F, Barry J, Lyons S, Keenan E, O'Driscoll D, et al. J-shaped relationship between super-

vised methadone consumption and retention in methadone maintenance treatment (MMT) in primary care: National cohort study. *Drug and Alcohol Dependence* 2017 Apr;173(1):126-131.

34. Srivastava A, Kahan M, Nader M. Primary care management of opioid use disorders: Abstinence, methadone, or buprenorphine-naloxone? *Canadian Family Physician* 2017 Mar 1;63(3):200.

35. Abousaidi H, Hosseini OR, Bidaki R, Fathollahi MS, Reza H, Nejad G, et al. Viral and Psychiatric Disorders in

Methadone Maintenance Therapy (MMT) Clients. *Thrita* 2016 Mar 27;5(4):5.

36. Pedrero-Pérez EJ, MethaQoL G. Methadone dosage and its relationship to quality of life, satisfaction, psychopathology, cognitive performance and additional consumption of non-prescribed drugs. *Adicciones* 2017;29(1):18.

37. Kolind T, Hesse M. Patient-centred care, perhaps the future of substance abuse treatment. *Addiction* 2017 Mar;112(3):465-466.