

Documents de suport

ESTUDIS

NÚM. 1

La qualitat de vida dels usuaris dels programes de metadona



Generalitat de Catalunya
Departament de Benestar i Família

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP

La **Qualitat** de vida dels usuaris dels programes de metadona. -
(Documents de suport. Estudis ; 1)

Bibliografia

I. Alonso Varea, José-Manuel, dir. II. Val Liso, Asun, dir. III. Institut per a la Promoció Social i de la Salut IV. Catalunya. Departament de Benestar Social V. Col·lecció: Documents de suport. Estudis ; 1
1. Metadona - Ús terapèutic - Catalunya - Enquestes 2. Drogoaddictes - Catalunya - Condicions socials - Enquestes 3. Qualitat de vida - Catalunya - Enquestes
615.212:613.83-05(467.1)

Material elaborat per:

Institut per a la Promoció Social i de la Salut

Equip d'investigació:

José-Manuel Alonso Varea (direcció) - www.alonsovarea.com

Asun Val Liso (coordinació) - www.bienestarsocial.net

Montserrat Freixa - www.ub.es

María Luisa Honrubia - www.ub.es

Carme Iniеста - www.gencat.net/benestar

Xavier Major - www.gencat.net/sanitat

Lluís Grande - www.gencat.net/treball

Joan Pi - www.gencat.net/sanitat

Montse Poch - www.gencat.net/treball



© **Generalitat de Catalunya**

Departament de Benestar i Família

1a edició: novembre de 2002

Tiratge: 1.000 exemplars

Dipòsit legal: B. 47.180-02

Disseny, fotocomposició i impressió: gama, sl

AGRAÏMENTS

ORGANISMES I COMISSIONS DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

Departament de Benestar i Família

Departament de Sanitat i Seguretat Social

Departament de Treball

Departament de Justícia

Comissió d'Inserció Laboral

Comissió de Coordinació de Llars Residències per a Ma-
lats de la SIDA

Comissió de Coordinació de Comunitats Terapèutiques
i Pisos de Reinserció

ORGANITZACIÓ

Direcció i personal administratiu de l'IPSS

PERSONES EN TRACTAMENT ENTREVISTADES
(365 persones)

DIRECTORS I TERAPEUTES DELS CAS

Badalona, Barceloneta, Calella, Creu Roja, CITRAN, El Prat, Figueres, Garbí, Granollers, Girona, Lleida, Mataró, Nou Barris, Penedès-Garraf, Palafrugell, Reus, Rubí, Sants, Sarrià, Sabadell, Sant Adrià, Tarragona, Terrassa, Tortosa.

ENTREVISTADORS

Agents de salut i professionals membres de les associacions:

AUPA'M: Xavier Sánchez, Maria Teresa Apompte, Ana Fàbregas

ASUT: Julián Montalvo, Clara Eugenia Blanco, Emilia Rodón, Jordi Bernabeu

ALBA: Nora Olivera

PROFESSIONALS ENTREVISTATS

Carme Calafat (Programa Pre-Infant. Associació Benestar i Desenvolupament)

Antoni Duran (Promoció i Desenvolupament Social)

Marta Escudero (CAS Sants. Barcelona)

Jokin Goiburu (Equip de Prevenció de Drogodependències Ajuntament de Sta. Coloma de Gramenet)

Lluís Grande (Direcció General d'Ocupació del Departament Treball. Generalitat de Catalunya)

Miriam Paz (CAS Sant Feliu de Llobregat)

Paqui Sánchez (Programa EXIT. Fundació Salut i Comunitat)

Roser Viladrich (Fundació Mercè Fontanilles)

PARTICIPANTS GRUP DELPHI

José Luis Bimbela (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Tere Borràs (CAS Reus)

Joan Cañellas (Fundació Teresa Ferrer)

Amparo Cerezo (EAIA Sant Andreu. Ajuntament Barcelona)

Antònia Domingo (Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Ajuntament de Barcelona)

Carme Iniesta (ICASS. Dep. de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya)

Xavier Major (Òrgan Tècnic de Drogodependències. Dep. de Sanitat. Generalitat de Catalunya)

Xavier Roca (Dep. de Justícia. Generalitat de Catalunya)

Josep Rodríguez-Roca (Dep. de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya)

Cristina Sanclemente (Àmbit Prevenció).

ASSISTENTS AL GRUP DE DISCUSSIÓ

Xavier Sánchez i Joan Ayra (Aupa'm), Rafael Gil i Paco Raposo (CAS Sants)

ALTRES PROFESSIONALS CONSULTATS

Teresa Brugal (Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona)

Xavier Ferrer (Fundació Salut i Comunitat)

Leonor Piña (CAS El Prat)

Lluís Sala (Unitat de Drogodependències de Barcelona)

Josep Maria Suelves (Òrgan Tècnic de Drogodependències. Dep. de Sanitat. Generalitat de Catalunya)

Carme Tello (CSMIJ Lleida)

Carles Roig (CAS Extracta)

REVISIÓ DE LA REDACCIÓ

Maite Tetas (ICASS. Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya)

ÍNDIX

Agraïments	3
Presentació	11
RESUM	13
1. INTRODUCCIÓ	17
2. CONTEXT DEL PROJECTE	23
3. PREMISSES DEL PROJECTE	29
3.1. Concepte de qualitat de vida	29
3.2. Atenció socio sanitària	36
3.3. Suport social	38
3.4. Inserció sociolaboral	41
3.5. Aspectes sociofamiliars	48
3.6. Conclusions dels estudis revisats	54
4. METODOLOGIA DE L'ESTUDI	59
4.1. Fases del projecte	60
4.2. Objectius	61
4.3. Fonts utilitzades en el disseny	63

4.4. Resum del disseny	69
4.5 Tècniques utilitzades	70
5. RESULTATS	79
5.1. Sobre la població enquestada	80
5.2. Dimensions de qualitat de vida	86
Habitatge i entorn	86
Temps lliure	88
Suport social i relacions socials	92
Integració sociolaboral	98
Relacions familiars	121
Salut i consum de drogues	133
Consum de drogues	138
Aspectes legals	139
Valoracions comparatives sobre qualitat de vida	143
Valoracions sobre els recursos	148
Què treuries dels programes de metadona?	157
Què afegiries als programes de metadona?	158
Recursos que han mancat durant el tractament	160
Accions estratègiques	164
6. CONCLUSIONS	173
Valoracions sobre la qualitat de vida	173
Entorn i temps lliure	176
Integració sociolaboral	177
Suport social i aspectes familiars	181
Salut i consum de drogues	182
Valoracions sobre els recursos	183

7. Recomanacions	189
7.1. Integració social i laboral	190
7.2. Relacions familiars	194
7.3. Suport social, participació i temps lliure ..	196
7.4. Salut	197
7.5. Sobre els recursos	197
7.6. Sobre l'administració de metadona	200
7.7. Recerca	201
8. Bibliografia consultada	203
Annex 1: Cuestionario sobre la calidad de vida de los usuarios de los PMM	209
Annex 2: Qüestionari per al terapeuta	237

PRESENTACIÓ

El consum de drogues i les conseqüències que es deriven d'aquest consum, continua sent un dels problemes més importants de les societats occidentals.

A Catalunya, des dels anys 80 i des del Pla de drogodependències de la Generalitat, de caire interdepartamental, s'està donant una resposta tant en els vessants preventius com en els assistencials i d'integració social.

Una de les característiques del consum de drogues, i per tant de les seves conseqüències, és que es tracta d'un fenomen en permanent canvi. Així, els tipus de drogues, la forma de consum, les edats d'inici, etc. han anat canviant al llarg dels anys, i això ha obligat a la xarxa d'atenció a fer permanents adaptacions dels seus programes a les noves necessitats emergents. Avui, per exemple, un dels fenòmens, entre d'altres, al qual assistim és el consum de substàncies estimulants lligades a l'oci i als caps de setmana per part de gent jove.

Abordar el tema de les drogodependències no és una tasca senzilla, i això ho van veure anys enrera, quan, amb els anomenats programes lliures de drogues no arribaven

a tota la població consumidora. Va ser necessari implantar els anomenats programes de reducció de riscos i dins d'aquests els programes de manteniment amb substàncies agonistes com ara els programes de prescripció i manteniment de metadona, per a aquelles persones consumidores que no podien deixar el consum. Avui tenim un important col·lectiu de persones amb problemes de drogues que estan en programes de manteniment de metadona.

Era necessari, després d'uns anys d'experiència d'aquests programes, conèixer la situació social d'aquestes persones, com també que aspectes de l'atenció es podrien millorar per guanyar en qualitat de vida.

Aquest ha estat l'objectiu de l'estudi que han fet un grup de professionals sota els auspicis de l'Institut per a la Promoció Social i de la Salut (IPSS), el suport del Departament de Benestar Social i la col·laboració del Departament de Sanitat i Seguretat Social i tota la Xarxa d'Atenció al Drogodependent.

Desitjo que aquest estudi, un dels pocs que han investigat sobre la percepció de la qualitat de vida en aquest àmbit, sigui d'utilitat tant a les administracions públiques responsables com a les entitats i els professionals del sector i que ajudi a adaptar o dissenyar programes que millorin la qualitat de vida d'unes persones que, tot i les seves dificultats socials, són, sens dubte, uns ciutadans de dret.

Irene Rigau i Oliver
Consellera de Benestar i Família

RESUM

L'estudi sobre la qualitat de vida de persones drogodependents en tractament amb metadona ha permès fer un diagnòstic de la seva situació global.

- A partir dels estudis revisats referits a aquesta població es desprèn que el deteriorament de la qualitat de vida produïda per les condicions del medi social i legal és un problema major que la mateixa dependència als opiacis.
- El grup estudiat representa el 50% de les persones que volen deixar els opiacis a Catalunya.
- La població estudiada:
 - fa una mitjana de 3,6 anys que és tractada en programes de metadona (PMM),
 - el 73% són homes i el 27% són dones,
 - el 40,8% no té el graduat escolar,
 - el 62,9% manifesten tenir un problema crònic de salut,
 - el 22% diuen haver passat per la presó qual estaven en PMM,
 - el nivell d'exigència del programa en el que estan la majoria dels usuaris és mitjà-baix (84,7%), i es

troben en un moment intermedi del seu procés de reinserció laboral, segons la valoració que fan els seus terapeutes.

- Aquelles persones que han estat un mínim de sis mesos en tractament amb metadona valoren els canvis i la millora de la qualitat de vida positivament (94,8%), pel que fa principalment a la utilització del temps lliure (76,7%), a les relacions socials (67,6%) i amb la família d'origen (65,1%), i en el consum de drogues. Tot i així, és en les àrees de formació (23,6%) i laborals (48,5%) en què caldria fer més incidència.
- La majoria (78,8%) considera que tenen un bon suport social provinent principalment de la família.
- Un 50% dels usuaris estudiats tenen fills, i un 25% dels fills no viuen amb cap dels dos pares, cosa que fa pensar amb la possible existència de dificultats importants en aquesta àrea.
- No s'ha trobat una correlació entre un major temps d'estada en el Programa amb metadona i una millora de la qualitat de vida pel que fa a les àrees estudiades, i això ens mostra l'existència d'un risc de cronicitat de la població o d'estancament en els processos d'integració social.
- Des de l'inici del consum, s'observa una tendència a la disminució de contractes laborals, es duplica l'atur i una quarta part passen a rebre ajuts econòmics.
- Més de la meitat de persones (el 54,4%) afirmen disposar d'uns ingressos per sota del salari mínim interprofessional, escassos per cobrir les necessitats

més bàsiques. Un 24% aconseguen ingressos de la pròpia família, i un 22,4% reben ajuts econòmics de les administracions.

- La majoria d'enquestats (69,4%) assenyala que li ha mancat algun tipus de recurs, i els terapeutes d'aquests usuaris consideren que han mancat recursos al 35,7%. Els recursos laborals són els que més diuen que els han mancat (com a mínim el 27,5 % és conscient de la mancança d'aquest tipus de recurs). Els usuaris consideren que els recursos específics de drogodependències juguen un escàs paper (10,7%) en la millora dels processos d'inserció laboral.
- De l'estudi es desprèn que, si bé hi ha una part de la població que no es troba en disposició de treballar per problemes de salut (26%), un 30% d'ells podria treballar de forma parcial, però no han utilitzat els recursos que estan a l'abast per fer-ho.
- Es detecta una desconexió entre la resposta assistencial i les necessitats reals a cobrir dels afectats. Aquest fet requeriria establir mecanismes nous de coordinació entre les administracions implicades amb l'objectiu d'una millor adequació de les estructures i dels programes a la situació del col·lectiu i a les seves necessitats actuals i futures.

1. INTRODUCCIÓ

La dependència a les drogues, i als opiacis en particular, és un trastorn greu, incapacitant i crònic, reconegut ja fa temps (OMS, 1951). La rehabilitació d'una persona amb dependència a l'heroïna és un procés, generalment, lent i difícil. A Catalunya estan afectades milers de persones directament per la dependència als opiacis, les quals pateixen diferents problemes de salut, com també indirectament moltes altres persones (familiars, veïns, etc.). A més, l'alt cost econòmic de l'heroïna suposa conseqüències sociofamiliars greus lligades a la delinqüència (tràfic de drogues, prostitució, robatoris, agressions, etc.). Com varen assenyalar Dole y Nyswander, la dependència als opiacis no és el principal problema del drogodependent, sinó el deteriorament de la qualitat de vida produïda per les condicions del medi social i legal.

La investigació multidisciplinària en temes socials i sanitaris s'ha centrat habitualment només en els problemes i les conseqüències negatives associades a les drogodependències: maltractaments, delinqüència, marginació, etc. En el camp concret de l'alcoholisme i d'altres drogodependències, durant molt de temps també ha es-

tat així (Longabaugh,1994). Tanmateix, comença a haver-hi un acord sobre la necessitat d'incorporar a aquesta perspectiva una altra centrada en aspectes positius, tenint com a objectius la qualitat de vida i el benestar social. S'ha constatat que **els canvis en el consum de drogues com a conseqüència dels tractaments no suposen necessàriament millores en altres àrees de funcionament**, per la qual cosa s'ha d'anar més enllà del no consum i veure com estan la resta d'àrees de la persona.

Els programes de reducció de danys (per exemple: els programes de manteniment amb metadona –en endavant PMM– i els intercanvis de xeringues) s'estan desenvolupant durant els últims anys com una alternativa útil i compatible amb els programes lliures de drogues, a partir del reconeixement que hi ha consumidors que no encaixen en els programes de tractament tradicionals, que no poden o no es plantegen deixar el consum. Els PMM són una modalitat de les anomenades «teràpies de substitució». Actualment, a Catalunya, hi ha al voltant de 8.000 persones que estan participant en PMM. Amb vista a fer una investigació, la població d'usuaris de PMM suposa avantatges a nivell metodològic, deguts al fet que està ben acotada i és fàcilment localitzable.

A Catalunya podem observar algunes **tendències** durant el període 97-99:

Va disminuint el nombre d'inicis de tractament per heroïna. Els usuaris dels programes de tractament d'heroïna:

- cada cop tenen més edat,
- els homes van augmentant,
- els aturats disminueixen lentament,
- va disminuint la forma de consum intravenosa.

Quant als PMM, es van incrementant les inclusions a aquests programes. Concretament els usuaris dels PMM:

- cada cop tenen més edat,
- els homes van augmentant,
- baixen a Barcelona ciutat i a la Costa de Ponent,
- s'incrementen a Tarragona i a Girona,
- la meitat té un temps d'estada de 2 anys i mig (no hi ha diferències per sexe)

Els usuaris dels PMM a Catalunya són heterogenis i no es pot establir una única tipologia sobre ells. La seva **problemàtica és complexa i plena de desavantatges**, i presenten en general:

- més de 25 anys,
- baix nivell d'estudis, pobresa econòmica, problemes judicials,
- problemes físics i psíquics produïts tant pel consum d'opiàcics al mercat com per les formes de la seva administració, és una població molt deteriorada físicament degut, entre d'altres a l'HIV, l'hepatitis, la tuberculosi i MTS.
- manca quasi total de formació (80% sense formació competitiva per al mercat laboral), atur de llarga durada. El 56,2% dels usuaris dels CAS estan en si-

tuació d'inactivitat laboral (en atur el 41,5%, i el 14,7% no han accedit mai al món laboral). Aquestes xifres són més altes en el cas d'usuaris de PMM (Coordinadora de CAS, 1998),

- pèrdua de vincles familiars, etc.,
- tenen un risc de politoxicomania amb cocaïna i benzodiacepines.

Tots els PMM pretenen que els usuaris guanyin qualitat de vida, però s'acaben centrant més en les dimensions físiques d'aquesta. Evidentment, aquestes dimensions són bàsiques per a poder plantejar-se un treball de reinserció laboral, familiar i sociorelacional posterior. Els usuaris de PMM solen ser percebuts, per la resta d'usuaris en tractament per opiàcis, com que «estan pitjor».

Alguns usuaris de PMM poden seguir un procés de reinserció sociolaboral exigent, però molts altres no poden assolir-lo. Han de fer uns canvis importants d'actituds i de context (de l'associat al consum a un altre de «normalitat»). Són reptes massa exigents per a persones amb seqüeles importants causades per la seva dependència i els dèficits formatius i laborals? En cas que fos així, quines serien les respostes millors perquè tinguessin un bon nivell de qualitat de vida?

Ens trobem amb una manca d'estudis sobre la qualitat de vida que recullin suficientment els aspectes sociolaborals i sociofamiliars de les persones en PMM i els seus familiars. L'encàrrec de realitzar aquest projecte va

ser aprofundir en el coneixement de les necessitats (sociolaborals sobretot) del col·lectiu de persones en PMM, analitzant diferents fonts d'informació. Va sorgir a partir del **Grup de treball per a la «incorporació sociolaboral de les persones amb problemes de drogues»** (integrada per diferents entitats, associacions, serveis i departaments de la Generalitat de Catalunya). Posteriorment, per part de l'ICASS, es va realitzar l'encàrrec per a orientar millor les polítiques en aquest àmbit.

Hem treballat amb un enfocament de qualitat de vida al més pràctic i ampli possible, sense centrar-nos únicament en aspectes de salut. S'ha fet una investigació mixta (qualitativa i quantitativa, diferents pel seu contingut i metodologia però amb els mateixos objectius finals) amb la intenció d'arribar a un consens amb els diferents agents implicats. Creiem imprescindible contrastar l'enfocament «científic» amb els punts de vista dels diferents agents implicats.

2. CONTEXT DEL PROJECTE

La metadona va ser descoberta el 1945 i s'utilitzava com a substitut dels analgèsics opiacis. Més tard, va ser utilitzada per a suprimir la simptomatologia de l'abstinència durant la desintoxicació física dels heroïnòmans, però les recaigudes van ser molt freqüents. Els PMM van ser iniciats el 1964 (Dole/Nyswander) com una estratègia eficaç en el tractament de la dependència d'opiacis. La majoria de programes aconseguen:

- disminuir la criminalitat en sentit ampli i la morbimortalitat (especialment la lligada al HIV/SIDA),
- alliberar els addictes de la pressió per adquirir drogues perquè així la rehabilitació social pogués tenir lloc,
- disminuir el consum d'opiacis il·legals i de mala qualitat que afecten la seva salut encara més negativament,
- disminuir la conflictivitat social (activitat delictiva, etc.),
- millorar la situació social i laboral,
- l'abstinència total des d'una perspectiva ambiciosa (Iraurgi, 1999),

- incrementar les taxes de retenció en el tractament, molt superiors en els PMM a les de la resta de modalitats, com ara els programes lliures de drogues (PLD),
- atraure la població toxicòmana que abans no estava vinculada als centres de tractament.

Alguns resultats de les polítiques de reducció de danys a Catalunya des de 1991 són:

- la reducció de les morts per sobredosi,
- la reducció dels **infectats per l'HIV**. Només s'infecten l'1,8% dels que estan als PMM, en concret, a la ciutat, el 1991 es varen infectar quasi un 10% dels usuaris de drogues en tractament, i ara aquesta xifra ha baixat fins al 2-3% el 1997 (Ajuntament de Barcelona, 2000),
- la reducció del percentatge de **detinguts** que són toxicòmans.

Malgrat això:

- **l'estat de salut encara és desolador**: a l'estat espanyol el 23% de les persones amb toxicomania porten l'HIV i 18.000 han mort (Observatorio Español sobre Drogas, 1998),
- **la inserció laboral és molt baixa**.

Dole i Nyswander van assenyalar que la metadona no havia de ser l'única eina terapèutica a emprar, ja que era necessària una **intervenció global sobre diferents as-**

pectes del pacient: psíquics, socials, laborals, legals i sanitaris. Posteriorment, diversos estudis van confirmar que la quantitat i la qualitat dels serveis socials, mèdics, psicològics, legals, laborals oferts en els PMM i el suport familiar influeixen en els resultats del tractament.

A l'Estat espanyol els PMM estan regulats pel Reial decret 75/90, de 19 de gener de 1990, que regula els tractaments amb opiacis a les persones que en depenen. Els **requisits per a l'entrada a un PMM** inicialment van ser: diagnòstic previ que confirmés la dependència d'opiacis, i haver seguit, com a mínim, un tractament en una altra modalitat terapèutica. Com a excepció, el Reial decret 75/90 assenyalava que podien incloure's sense la condició anterior les persones infectades per l'HIV i les afectades per patologia orgànica severa. Per la Coordinadora de CAS (1998) els principals criteris d'entrada a un PMM són: petició del mateix pacient, temps d'evolució del consum, recaigudes, situació orgànica (SIDA, gestació, etc.), i el criteri del terapeuta.

Els criteris d'**inclusió** s'han anat flexibilitzant amb el pas del temps per diferents motius. Els professionals valoren que els PMM han afavorit, en general, el treball psicoterapèutic fent augmentar l'estabilitat del pacient i del seu entorn, la relació de confiança amb el psicoterapeuta i la sensació subjectiva de competència del mateix interessat. Els criteris d'**expulsió** dels programes són, bàsicament, per violència física i per tràfic de drogues dins els centres i no tant per consums reiterats de cap substància (Coordinadora de CAS, 1998).

El grau d'exigència dels PMM cap a l'usuari és molt variable. Abans es parlava de tres nivells d'exigència. En general aquests tendeixen a disminuir. Potser té més importància el tipus d'orientació del tractament que fa el professional que el tipus de programa a on vagi l'usuari.¹

Hi ha diferències entre diferents països, i fins i tot entre diferents comunitats autònomes, sobre les característiques concretes dels PMM (Fernández, 1999). La metadona no és una «panacea» ni pot acomplir la mateixa funció en tots els pacients. El seu èxit, com el de qualsevol altra modalitat terapèutica, estarà en relació amb la seva prescripció correcta (Rodríguez Martos, 1994). A Catalunya els PMM es van introduir tard i de forma massiva.

La metadona o qualsevol altre substitutiu pot ser administrada de dues formes:

- per simple **dispensació**: objectiu de reducció de danys a si mateix i al seu entorn social,
- programes **integrals**: la metadona és un instrument per obtenir objectius més ambiciosos (integració social plena, abstinència d'opiacis, etc.).

La dispensació de metadona s'emmarca en el context de les **polítiques de disminució de danys i riscos**, i tradicionalment s'evidencien dos nivells:

1. Comunicació verbal de la Comissió de Reinserció Sociolaboral.

- **sanitari:** prevenció i detecció precoç de malalties relacionades amb el consum de drogues,
- **social:** disminució de la conflictivitat social (delinqüència, violència, etc.) i abaratiment dels costos comunitaris: disminució d'ingressos en centres penitenciaris, hospitals, psiquiàtrics, com també alleujament del sistema judicial.

En aquest últim nivell s'hauria d'apostar més decididament per la millora de les relacions socials, laborals, familiars, etc.; en definitiva, pel benestar psicosocial. Sense el treball i la implicació de la família, la metadona pot actuar com a factor cronificador, ja que es canvia una substància per una altra, sense motivar altres canvis de comportament. S'ha assenyalat que «el compromís dels PMM en la política de reducció de danys associats a l'addicció no ha de dirigir-se exclusivament a disminuir les conductes de risc per l'HIV, sinó també a la millora de la qualitat de vida dels afectats, de manera que disminueixi el seu risc per emmalaltir i millori el seu estat de salut i benestar (Duro/Colom/Cases, 1995).

Són escasses les investigacions sobre el **procés d'atenció** als usuaris dels PMM. Estem d'acord amb Neale (1998) en què **els punts de vista i les experiències dels usuaris** de PMM són un aspecte important en l'avaluació dels serveis i, consegüentment, mereixen una atenció cuidadosa per les investigacions, pràctiques i polítiques. Fins ara, pocs estudis els han tingut en compte, es preferia en exclusiva els punts de vista dels proveïdors dels serveis d'atenció.

Neale va trobar un elevat grau de consens entre els usuaris sobre les característiques dels serveis proveïdors d'atenció preferits i els més rebutjats. Entre els primers podem trobar actituds positives cap els usuaris: formació adequada, accessibilitat per a gaudir d'un servei no estigmatitzador, evitar ser innecessàriament intrusius, etc. En aquesta línia, Lilly i altres (en premsa) ens mostren que poden haver-hi múltiples contradiccions i tensions entre els **diferents rols** que els professionals que treballen als PMM realitzen, i els que s'espera i percep que realitzen per part dels usuaris: «porters» (que obren o tanquen la porta de la metadona), «camells legals», «terapeuta/orientador», «controlador», «facilitador», «confident», «amic», «figura parental», etc. Aquests autors posen èmfasi en el paper que els factors externs (configuració dels serveis, limitació de recursos, etc.) poden tenir en la importància que es doni al **suport** i a l'**orientació**.

En aquest sentit, a l'estudi que hem fet, ens hem aproximat a la percepció dels usuaris sobre la utilitat i la qualitat de l'atenció.

3. PREMISSES DEL PROJECTE

3.1. Concepte de qualitat de vida

La qualitat de vida (Cases, 1996) es refereix a:

- **comparar** la situació d'unes persones, grups, societats amb d'altres, i a
- **la relació entre la realitat i uns propòsits** (objectius, situacions ideals, percepcions i avaluacions de les condicions de vida). Quan aquests propòsits són compartits podem parlar de **qualitat de vida social**. Estem parlant, doncs, de la interacció entre factors o elements físics i aspectes psicosocials de la vida personal i col·lectiva.

S'ha definit també la qualitat de vida com el «grau en què les condicions d'una societat permeten als seus membres realitzar-se d'acord amb els valors ideològics establerts, proporcionant-los una experiència subjectiva satisfactòria de la seva existència» (CIMA, 1979). Com a sinònims de qualitat de vida podem trobar: benestar psicològic, qualitat ambiental, promoció social, participació social i autorealització. Com a antònims de quali-

tat de vida trobem: marginació social, exclusió social, i desadaptació psicosocial.

Parlarem, llavors, de **percepcions, aspiracions, necessitats, satisfaccions i representacions socials** que els usuaris dels PMM i els seus familiars experimenten en relació amb el seu entorn i la dinàmica social. Aquí incloem els serveis que se'ls ofereix i les diverses intervencions que reben. S'hi integren aspectes psicològics de la vida personal i col·lectiva, i autoavaluacions.

La qualitat de vida és un concepte suggerent, però també ambigu, complex i molt subjectiu. Els aspectes de la qualitat de vida a estudiar han de ser: universals, fàcilment comprensibles, flexibles per a adequar-se a la majoria de les persones i adaptables als canvis. Es dóna tant o més valor a l'experiència (per definició **subjectiva**) que tenen les persones (de les seves formes i condicions de vida) que a les condicions materials o **objectivables** definides com a adequades pels experts. Podríem dir que es tracta d'un conjunt de components o **condicions** en els quals es desenvolupa l'existència dels individus, que es corresponen amb **indicadors socials** o amb aquelles facetes de la vida amb les quals la gent se sent especialment preocupada (Morales, 1985).

La qualitat de vida s'assoleix per la interacció d'uns elements físics i uns elements psicosocials, és a dir, del creuament d'unes condicions objectives i de les percepcions d'aquestes. Com a resultat d'aquesta interacció ens podem trobar quatre possibilitats:

Hi ha nombroses dificultats metodològiques, teòriques, etc. que fan de l'estudi de la qualitat de vida un

		Percepció i avaluació de les condicions de vida	
		bona	dolenta
Condicions objectives de vida	bones	benestar	dissonància
	dolentes	adaptació/conformisme	deprivació

repte per als professionals en general, tant per a aquells que hi intervenen directament com per als investigadors. En la investigació sobre la qualitat de vida s'acostuma a distingir entre:

- **variables «dures»** («hard criteria»), per exemple: grau d'ús de drogues i alcohol, activitats delictives, detencions, obtenir feina, morbi-mortalitat, recollits en els primers estudis sobre PMM com els de DARP i el de TOPS,
- **altres criteris** (Reno, 1993; Ruiz, 1994) sensibles a canvis precoços en el tractament, i relacionats amb activitats quotidianes que indicarien també qualitat de vida (temps amb la família, etc). Aquest últim tipus de variable, a partir de l'avaluació subjectiva de l'usuari, seria indicador precoç de l'impacte dels PMM i precediria l'aparició dels «hard criteria», i és més consistent que aquests.

Tradicionalment es distingeixen quatre grans components de la qualitat de vida: salut, benestar social, educació i seguretat ciutadana. Dins el camp de les **drogodependències**, concretament de l'alcoholisme

(Longabaugh, 1994), s'ha plantejat la qualitat de vida com la totalitat de característiques de l'estil de vida individual i grupal que fan referència a:

- situació clínica respecte al consum de substàncies (freqüència, quantitat, tipus de substància, etc.),
- percepció i causalitat que té la mateixa persona sobre el seu consum i els problemes específics,
- funcionament general: físic, psicològic, social (familiar, laboral, etc.) i de suport ambiental.

En el camp de les drogodependències el concepte de qualitat de vida pot ser una eina de treball per:

- reflectir una àmplia varietat de **canvis** possibles un cop s'ha iniciat un tractament, a més d'estudiar les possibles **necessitats** d'aquestes persones,
- plantejar **objectius consensuats** amb l'usuari, a més d'una avaluació conjunta dels resultats. El mateix individu es converteix en el seu propi control comparatiu. Les diverses mesures de qualitat de vida poden ser usades per avaluar les intervencions, ja que molts dels indicadors actuals reflecteixen un model de «malaltia» (Bowling).

Identificar necessitats suposa fer **judicis de valor** i que hi hagi grups determinats que les puguin identificar. Un problema, des d'aquesta perspectiva, seria un resultat inadequat, no ajustat a les expectatives, mentre que reconèixer una necessitat implicaria la consideració d'una solució. S'acostuma a diferenciar entre neces-

sitat **diagnòstica** (designar el problema identificat) i necessitat **prescriptiva** (designar l'ajuda requerida per alleujar-lo). Respecte a l'estudi de les necessitats en relació amb les expectatives en les quals es basen els judicis, considerem la ja clàssica diferenciació de Bradshaw (1972) entre necessitats normatives, sentides, expressades o demandes i comparatives. És necessari un **consens** entre aquestes quatre perspectives mitjançant interaccions a tres bandes entre experts, ciutadans i els que han de prendre les decisions (polítics).

Què sabem sobre la qualitat de vida de les persones en els PMM?

La participació als PMM suposa **millores de la qualitat de vida** dels usuaris. Bàsicament s'han estudiat aspectes relacionats amb la **salut física**, la qual es valora com a relativament acceptable (per exemple Iraurgi, 1999). L'estudi de Fernández (1999) troba una qualitat de vida relacionada amb la salut moderada, tenen puntuacions millors els components físics que els components mentals. No es van trobar relacions significatives entre qualitat de vida i sexe, tipus de convivència, patró d'ocupació durant els últims tres anys i puntuació en el CAGE.

Hi ha una millor qualitat de vida a mesura que es continua en el PMM, per la qual cosa és molt important afavorir el manteniment dels usuaris en tractament fins al moment en què estiguin suficientment estables per iniciar un descens en la quantitat de metadona. També era millor la percepció de salut entre els que **no tenen problemàtica judicial actual** (Ruiz, 1994) i els que **no estan**

infectats per l'HIV (Ruiz, 1994; Iraurgi, 1999), els que fa menys anys que en consumeixen i els que presenten menys simptomatologia física (Iraurgi, 1999).

Els aspectes laborals són els que menys milloren. No hi ha acord quant a la intensitat de la millora, entre altres factors, per la utilització d'instruments de mesura diferents i mostres diferents. L'estudi de Fernández (1999) troba:

- increment lleuger del nivell d'ocupació (del 13,6% al 18,2%),
- increment elevat de les jubilacions (del 17,4% al 34,1%),
- per al 36,7% la desocupació havia estat la situació habitual els últims tres anys,
- els que no tenien feina presentaven major gravetat a les àrees: d'ocupació/ suport, de relacions familiars i socials, els HIV+ presentaven major severitat a les àrees: de situació mèdica, d'ús de drogues, d'ús d'alcohol, de situació legal, de relacions familiars i socials i psiquiàtrica,
- no es va trobar correlació entre les mesures d'ocupació/ suport i situació legal entre l'EuropASI i el SF-36,
- aquest estudi ens parla de «situació molt millorada del grup que fa 4 anys que estan en el PMM», però no ens ofereix la comparació global incloent-hi els que ho van iniciar i ara no prenen metadona (33%).

Tenen més preocupació per la pròpia salut els portadors de l'HIV i els que fa més anys que en consumeixen

(Iraurgi, 1999). Els que havien **consumit heroïna** en algun moment durant els últims 6 mesos eren més grans de 30 anys, amb antecedents legals, HIV+, amb ansietat i depressió (Fernández, 1999). Diversos estudis comparen els resultats en relació amb el **temps en tractament**.

Les principals variables de pronòstic negatiu semblen ser:

- menor edat (CAS, 2000),
- escassa formació acadèmica i escassa experiència professional (CAS, 2000),
- consum de cocaïna i altres drogues (hi ha entre els usuaris de PMM una important prevalença de l'ús d'altres drogues, sobretot benzodiazepines (54%) i cocaïna (24%) (revisió de Fernández, 1999; CAS, 2000),
- comorbiditat psiquiàtrica i somàtica (HIV principalment) (revisió de Fernández, 1999; CAS, 2000),
- dosificació inadequada de metadona (revisió de Fernández, 1999),
- menys d'un any de retenció al PMM (els que deixen el tractament presenten més activitats relacionades amb les drogues i amb activitats delictives, pitjor estat de salut, menys implicació en activitats de temps lliure i menys implicació en activitats domèstiques (Reno, 1993),
- disposar d'una oferta assistencial escassa (revisió de Fernández, 1999),
- existència d'antecedents penals o conductes delictives preexistents (CAS, 2000).

Podem extrapolar els resultats d'aquests estudis a la nostra realitat, i per això hem estudiat altres aspectes rellevants sobre els quals tenim poca o nul·la informació, com, per exemple, comprovar si les **valoracions dels professionals** coincideixen amb les que fan els mateixos usuaris sobre la millora de la seva qualitat de vida.

3.2. Atenció sociosanitària

El **Departament de Sanitat i Seguretat Social** de la Generalitat de Catalunya, mitjançant l'Òrgan Tècnic de Drogodependències, coordina la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD). La XAD és una xarxa pública d'atenció i seguiment de les drogodependències, formada per 55 centres a tot el territori on s'atén d'una forma ambulatoria o hospitalària les persones que sol·liciten tractament per addicció a drogues o abús. Les competències de l'Òrgan Tècnic de Drogodependències són la direcció, la planificació i l'avaluació de les polítiques sanitàries globals en matèria de prevenció, assistència i tractament de les drogodependències.

Els programes de suport sanitari han augmentat la seva oferta assistencial en els darrers anys, la qual cosa ha fet millorar considerablement la qualitat de vida dels usuaris dels PMM. Caldria incrementar, però, programes **d'educació sanitària** en els CAS: tallers (d'hàbits d'injecció, de sexe segur, de dietètica i alimentació) i programes d'intercanvi de xeringues. Hi ha un risc de crear xarxes sanitàries paral·leles, que potser es pot re-

duir en potenciar que l'usuari, a mesura que evoluciona en el tractament, utilitzi més les xarxes sanitàries normalitzades (Coordinadora de CAS, 1998).

El **Departament de Benestar Social** de la Generalitat de Catalunya col·labora en la xarxa d'atenció a les drogo-dependències amb la intevenció en diversos àmbits. Específicament, potencia recursos per a la reinserció social de drogodependents (pisos de reinserció, centres de dia, programes comunitaris i suport a l'associacionisme), gestiona recursos per a la rehabilitació (comunitats terapèutiques) i fomenta programes de prevenció. Les actuacions es basen en el suport econòmic, l'assessorament tècnic i la coordinació dels projectes que realitzen les entitats responsables. De forma inespecífica, col·labora mitjançant l'Òrgan Tècnic de la Renda Mínima d'Inserció (PIRMI) i amb la gestió de les pensions no contributives. També és destacable la utilització que poden fer els drogodependents d'altres recursos socials com ara les llars residències per a malalts de la sida i les cases d'acollida per a dones maltractades.

L'**atenció social** és un tipus d'assistència igualment comuna a tots els centres de la xarxa. Es calcula des dels CAS que el 60% del temps dels seus treballadors socials es destina a treballar les demandes dels usuaris dels PMM. Com que es tracta sovint de situacions multiproblemàtiques, són habituals les coordinacions amb serveis d'atenció primària de serveis socials i de salut, serveis especialitzats en infància i adolescència, serveis jurídics i penals. Caldria millorar la cooperació amb

serveis de salut mental, justícia (EAIA), etc. (Coordinadora de CAS, 1998).

Hi ha molta variabilitat en l'oferta d'atenció psicològica, des d'una atenció similar a la dels programes lliures de drogues (PLD) fins a atencions puntuals. S'està iniciant el treball grupal: grups educatius (prevenció i reducció de danys associats al consum), psicoterapèutics (prevenció de recaigudes), de familiars (estratègies d'actuació davant de situacions quotidianes). En alguns casos els grups són mixtos (PMM+PLD) (Coordinadora de CAS, 1998).

3.3. Suport social

La pèrdua d'integració social és incompatible amb el benestar psicològic. La manca de suport social s'ha associat amb l'augment del risc de mortalitat, amb el retard en la recuperació després de patir una malaltia, amb un baix estat d'ànim i amb una salut mental dolenta (Bowling, A.).

El concepte de suport social inclou relacions interpersonals que influeixen en alguns dels aspectes següents: afecte (respecte, admiració, amor, etc.), afirmació (reconeixement) i ajut (material, econòmic, temps, informació, serveis, nous contactes socials, etc.). També es pot definir (Lin i Ensel, 1989) com el «conjunt de provisions (tant en situacions quotidianes com de crisi) expressives o instrumentals (percebudes o rebudes) pro-

porcionades per: la comunitat, les xarxes socials i les persones de confiança»

Els nivells de qualitat de vida poden fer referència tant a la qualitat com a la quantitat de les relacions interpersonals. El suport social està molt determinat per les característiques de l'ambient i de les mateixes persones que el poden rebre. Tenir connexions socials i xarxa social no garanteix automàticament poder rebre suport social, ja que les interaccions poden ser negatives i estressants. A més, el fet de tenir una sola persona de confiança pot ser de més suport que no pas si se'n tinguessin moltes.

«La major part dels consumidors d'heroïna viuen amb la seva família d'origen, els seus familiars pateixen directament els seus problemes i contribueixen, sens dubte, a minvar les carències socioeconòmiques d'aquestes persones (...) En cas de problemes importants, com una malaltia, els consumidors confien en l'ajut de la seva família d'origen, principalment de la seva mare i dels seus germans. De fet, quan necessiten cura per malaltia, la persona que més sovint els ajuda és la mare» (Plan Nacional sobre Drogas, ECHT, 1988).

No hi ha una oferta sistematitzada d'**aspectes d'oci i relacionals**. Només un 27% dels professionals afirmen l'existència d'accions d'acompanyament a la reinserció sociorelacional. És un dels apartats amb menys resposta per part dels centres, malgrat l'elevada demanda dels usuaris per ocupar el nou temps lliure que els apareix.

Aquestes activitats (esportives, ioga, relaxació, gimnàstica, tallers d'activitats manuals, crear revistes d'opinió, excursions, etc.) facilitarien el treball sobre d'altres aspectes dels usuaris (sanitaris, judicials, socials, etc.) (Coordinadora de CAS, 1998).

Les accions d'acompanyament a la reinserció socio-relacional i del temps d'oci més generalitzades entre 30 CAS de Catalunya sobre d'altres aspectes dels usuaris (sanitaris, judicials, socials, etc.) (Coordinadora de CAS, 2000)² són:

- suport psicosocial,
- assessorament cap a la reinserció o la inserció social,
- grup de prevenció de recaigudes,
- teràpia individual,
- accions educatives per a la prevenció de l'HIV.

Les menys fetes són: grups d'autoajuda, sessions grupals de motivació i sessions grupals de suport emocional

2. La Coordinadora de CAS de Catalunya, l'any 2000 va estudiar la reinserció sociolaboral de les persones usuàries dels programes de tractament amb metadona, mitjançant l'enviament d'un qüestionari a 41 programes de tot Catalunya, dels quals van respondre el 73% dels centres (30).

3.4. Inserció sociolaboral

En una enquesta passada a la població laboral espanyola (UGT, 1987) respecte a quines eren les conseqüències (socials, laborals i familiars) que portaven el consum de drogues als seus consumidors, la primera conseqüència en importància va ser la **laboral** (faltar a la feina, accidents, disminució del rendiment, sancions, acomiadaments). Els consumidors d'**heroïna** són els primers que s'adonen dels efectes de les conseqüències dins el món social, laboral i familiar, seguidament vindrien els consumidors d'analgèsics morfínics, els hipnòtics, els al·lucinògens, els amfetamínics, els cocaïnòmans, els consumidors de cannabis, de tranquil·litzants, d'alcohol, d'analgèsics i els d'inhalables.

Dins el mateix estudi, el grau de dificultat que tenen els consumidors per deixar la droga és més gran per als heroïnòmans, seguidament, i per aquest ordre, vénen els consumidors d'analgèsics morfínics, els d'hipnòtics, els d'al·lucinògens, els cocaïnòmens, els amfetamínics, els alcohòlics, els consumidors d'analgèsics, els de tranquil·litzants, els de cannabis i els d'inhalables. I aquesta mateixa distribució és la que apareix quan es demana als diferents tipus de consumidors la disposició per iniciar un tractament per deixar-ho.

Les àrees que necessiten més tractament, en el cas de les persones drogodependents incloent-hi els que estan en els PMM, segons diversos estudis recents duts a terme a l'Estat espanyol i que han utilitzat l'EuropASI com a

instrument comú de mesura,³ són, per ordre d'importància, les relacionades amb:

	UNAD (1998)		FDEZ.MIRANDA (1999)	
Drogues	5,425	(1)	4,1	(1)
Ocupació/Suport	5,352	(2)	2,9	(3)
Relacions familiars/socials	4,510	(3)	2,6	(4)
Legal	2,979	(4)	0,59	(6)
Mèdica	2,707	(6)	3,2	(2)
Psiquiàtrica	2,754	(5)	3,2	(2)
Ús d'alcohol	2,301	(7)	1,9	(5)

Després d'una revisió d'estudis, Iraurgi (1999) identifica quatre àrees problemàtiques entre els usuaris de drogues:

- conflictes familiars (67,5%),
- problemes amb la justícia (37,5%),
- problemes en les relacions interpersonals (27,5%),
- conflictes laborals (21,4%).

Actualment l'increment de persones que utilitzen els PMM pot haver suposat que hagi augmentat la diversitat en les tipologies i trajectòries laborals dels usuaris (suport social, formació, etc.), aspecte sobre el qual esperem que ens ajudi a conèixer també l'estudi que proposem.

Altres estudis ens parlen de l'important paper que juga el treball i la vida laboral en les persones, que suposaria

3. L'Índex de Severitat (Addiction Severity Index) va del 0 al 9. Es defineix la severitat com la necessitat de tractament quan aquest no existeix, o com la implementació d'un tipus de tractament addicional en cas que ja estigui rebent algun tipus de tractament.

el 20% de la variància de l'índex de benestar (Morales, 1985). Igualment en relació amb les persones que van estar en tractaments per drogodependència, diferents estudis assenyalen que el millor predictor per obtenir feina ha estat tenir una història de treball anterior a l'ingrés en tractament (Comissió d'Inserció Sociolaboral, 1999).

Estudis com el de Segest (1990) no van trobar una relació entre millores en la situació laboral i seguir un tractament amb els PMM després d'un seguiment de 8 anys; de tota manera la situació dels PMM a Dinamarca pot explicar aquests resultats que divergeixen de l'esperat. En canvi, a diferents estudis al nostre medi, per exemple el d'unAD (1998), s'observa una diferència significativa passats 6 mesos, a nivells estadístics.

Els usuaris de drogues en tractament necessiten una educació d'hàbits, prèviament o paral·lelament a la formació per a la incorporació laboral. La reinserció, com la resta d'intervencions socials, s'ha de fer tant **abans com durant i després del tractament**, el qual, com en tot procés, ha de tenir presents les característiques de la persona, el moment evolutiu, les circumstàncies, etc. (Funes, 1987).

Algunes de les característiques i mancances de la població drogodependent que més dificulten el fet de trobar feina⁴ i que presenten molts pacients en els PMM, són:

4. Anàlisi realitzada per la Comissió d'Inserció Sociolaboral, citada anteriorment.

- baix nivell formatiu,
- baix suport familiar,
- marginalitat (presència d'antecedents penals, etc.),
- baix suport terapèutic,
- objectius laborals immediats, i per a uns altres desig baix de treballar, per molts hi ha una necessitat més urgent de cobertura de necessitats bàsiques.

Actualment, el **Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya** promou, en el marc de les polítiques actives per l'ocupació, les següents actuacions destinades a potenciar l'ocupació, tant de les persones aturades com dels treballadors i treballadores en actiu:

- formació professional ocupacional per a persones aturades i accions integrades adreçades a col·lectius especials,
- foment de l'ocupació (plans d'ocupació, escoles taller, cases d'oficis i tallers d'ocupació),
- intermediació i orientació professional,
- accions d'inserció en el marc de la Renda Mínima d'Inserció (RMI),
- iniciatives comunitàries (Iniciativa comunitària Equal).

Amb caràcter general, la població amb problemes de toxicomanies pot acollir-se a bona part d'aquestes actuacions. A més, s'estan desenvolupant dispositius específics per facilitar la integració sociolaboral de determinats perfils d'aquesta població.

En concret el programa IORO 2000 (Informació i Orientació Professional per a l'Ocupació) consta de 5 tipus d'accions diferents, cadascuna de les quals té com a objectiu tractar alguna de les casuístiques que impedeixen als demandants d'ocupació trobar feina. Cal tenir en compte que no són accions independents, sinó complementàries i que defineixen conjuntament un itinerari. Les accions són: entrevista personal inicial (obligatòria), desenvolupament d'aspectes personals per a l'ocupació (optativa en funció del perfil de l'usuari, recerca activa d'ocupació (optativa en funció del perfil de l'usuari), informació i motivació per a l'autoocupació (optativa en relació amb el perfil de l'usuari), tutoria personalitzada per a l'ocupació (obligatòria).

Segons l'estudi de la Coordinadora del CAS esmentat (2000), es posa de manifest que les actuacions considerades com a més determinants en relació amb la reinserció sociolaboral de les persones en els PMM són les que tenen per objectiu el treball cap a la motivació per la recerca activa de feina, l'orientació professional, la planificació d'itineraris personals d'inserció laboral i el treball grupal. Evidentment, totes aquestes actuacions no han de ser una responsabilitat exclusiva dels CAS, sino compartida amb altres àmbits i institucions.

D'altra banda, per aconseguir aquesta reinserció sociolaboral, els professionals dels CAS reconeixen que el que fan és:

- coordinació amb entitats o empreses externes al centre (78%),
- orientació professional per a l'ocupació vers el mercat de treball (71%),
- orientació professional per a l'ocupació vers l'àmbit formatiu (71%),
- motivació per a la recerca activa d'ocupació (65%).

Interpretem que el CAS és un dispositiu més dins d'un marc global d'actuació amb aquest col·lectiu, al qual pertoca incidir en una part de la resposta a donar, raó per la qual trobem una diferència entre el que diuen que és determinant i el que diuen que fan per a la integració sociolaboral dels drogodependents.

Un 37% dels professionals afirmen l'existència d'un programa de reinserció sociolaboral vinculat de manera directa als PMM del seu centre, i en el 28% hi ha mecanismes de coordinació entre el programa d'inserció i els PMM. Hi ha experiències de reinserció mixtes (programes lliures de drogues i PMM) en què no es té tant en compte el tipus de tractament com l'estat evolutiu respecte a la dependència. Hi ha molta variabilitat pel que fa a les diferents tipologies d'usuaris dels PMM, la qual cosa fa necessària la diversificació de recursos per a l'ocupació i la inserció laboral (Coordinadora de CAS, 1998).

Els professionals que hem entrevistat durant la fase de disseny de l'estudi assenyalen com a necessitats dels usuaris dels PMM:

- Formació instrumental i formació bàsica que els faciliti l'accés al mercat laboral, tot treballant les competències sociolaborals que els permetin trobar i mantenir una feina, aconseguir un treball remunerat.
- Aprendre a fer un ús diferent dels diners i a divertir-se fora del circuit de les drogues. Relacionar-se amb població normativa. Sentiment d'integració en un cercle social en el qual puguin participar.
- Disposar d'habitatge que els permeti un mínim d'intimitat.

Des de la Comissió d'Inserció Sociolaboral i en la línia d'allò establert pel Departament de Treball, s'apunta la necessitat de:

- Fer una bona selecció dels participants, tot definint un perfil d'entrada a partir de les característiques específiques que hauran de tenir els participants perquè la consecució dels objectius sigui factible.
- Dissenyar acuradament l'itinerari formatiu/laboral des de les necessitats i possibilitats dels mateixos participants (coincideix amb CAS, 2000).
- Reconduir algunes de les propostes de formació i inserció que presenten els centres col·laboradors per tal que s'adaptin a les necessitats del col·lectiu de persones en els PMM.
- Compatibilització d'una feina amb una prestació.

3.5. Aspectes sociofamiliars

Els aspectes familiars són molt importants, no tan sols com a possible contribuent en la gènesi de la toxicomania sinó també amb vista al seu paper en els tractaments. En canvi, a mesura que augmenta l'edat dels usuaris dels PMM, l'entorn familiar perd influència. Malgrat això, l'entorn familiar continua tenint importància pel suport que ofereix quan hi ha fills, el suport econòmic, etc.

En aquest apartat ens centrarem a analitzar principalment els estudis fets, sobretot a Catalunya, sobre **l'impacte de les toxicomanies sobre els fills**. Els fills amb pares toxicòmans són «un grup de risc, vulnerable i mal atès»⁵ que pot arribar a patir diferents maltractaments. Els consumidors d'heroïna tenen moltes carències socioeconòmiques (baix nivell d'estudis, alt nivell d'atur). La situació es complica quan tenen fills.

Generalment, els estudis sobre aspectes de les drogo-dependències ens donen poca informació de les repercussions a l'entorn familiar i, en concret, en els seus fills (Escudero, 1996). D'una banda, altres estudis han posat de manifest que hi ha una relació entre l'abús de drogues i l'aparició de tipus diferents de maltractaments cap als fills, tant per acció com per omissió; els efectes negatius de la toxicomania dels pares poden produir als fills diversos **problemes socials, físics i psicològics**.

5. OMS: *Salut per a tots l'any 2000*.

Aquests infants presenten, com a mínim, un doble risc: d'una banda, adoptar conductes addictives a la seva adolescència i a la vida adulta, i d'una altra repetir models de cura inadequats (negligents, etc.) dels seus propis fills.

L'any 1992 es van fer dos estudis amb població de dos CAS de la ciutat de Barcelona (Escudero,1996):

- a) estudi descriptiu-comparatiu entre 400 toxicòmans que van fer una primera demanda de tractament el 1986, i uns altres 400 que van fer la primera demanda el 1991. Es va constatar l'increment de toxicòmans de més de 30 anys (del 8,5% al 29,7%). El nombre de fills també va créixer, el 1986, el 23,2%, i el 1991, el 32,7%,
- b) estudi d'opinió amb informants clau (professionals psicosocials de diferents disciplines i àmbits d'intervenció). Algunes conclusions van ser: els professionals dels serveis socials són qui fan demanda d'intervenció sobre el menor i en molt poques ocasions els pares. Els nens vivien generalment amb els pares o amb els avis. Aquests pares són valorats «com a inestables i anàrquics que difícilment poden atendre les seves necessitats».

L'any 1994 es comparà una mostra de nens (n=47) entre 0-18 anys, amb pare, mare o tots dos dependents de drogues no institucionalitzades (78% a l'heroïna), residents a Barcelona, amb un grup control (n=44) de nens del mateix barri, amb edats i escolaritat similars, per a

validar les anteriors opinions dels professionals. Els resultats més rellevants varen ser:

- Hi ha diferències en:
 - el control i l'atenció ginecològica durant l'embaràs i la lactància materna,
 - els nens del grup de pares toxicòmans tenien més dificultats a l'escola (d'aprenentatge, de conducta, de relació), i hi hauria més demandes als serveis socials d'atenció primària.
- No es van trobar diferències entre els dos grups quant al desenvolupament general i de la salut (control pediàtric, vacunacions, accidents, hospitalitzacions).
- Respecte a **qui tenia la guarda del nen**:
 - el grup de toxicòmans, el 76,6% la tenien els dos pares, enfront del 95,5% del grup control;
 - la mare del grup de toxicòmans la tenia en el 14,8% de casos, enfront del 4,5% del grup control,
 - habitualment tenien cura dels infants els avis o aquests amb un dels pares del grup de toxicòmans en el 32% dels casos, enfront del 4,5% del grup control,
 - el 4,5% dels fills del grup de toxicòmans estaven a càrrec d'altres familiars o institucions i cap del grup control.

A l'Hospital del Niño Jesús (Madrid) (Baño i altres, 1999) es va valorar la incidència de maltractaments infantils quan un o ambdós pares eren addictes a drogues

per via parenteral. Es varen estudiar 44 infants (entre 1 dia i 9 anys) d'un total de 119 derivats pels serveis socials amb sospita de maltractaments. Es va observar **desatenció severa** en un 59,1%, maltractament físic en un 22,7% i abandonament en un 18,2%. Durant l'estudi van morir dos dels nens estudiats (un per maltractament físic i l'altre per desnutrició severa). El 55% dels infants havien estat atesos per algun servei pel risc de patir maltractaments.

Segons dades de 1999 de la **Direcció General d'Atenció a la Infància** (DGAI, Generalitat de Catalunya) amb una mostra de 500 menors tutelats, les drogodependències (incloent-hi l'alcohol) van ser l'origen principal (19%) de la situació de **desempament**. Respecte a totes les drogues, l'alcohol era la droga principal (56,5%), seguida de l'heroïna (15,2%) i de la cocaïna en un 12,3%. Considerem que utilitzar la paraula «origen principal» dóna la idea de causalitat i que aquestes dades probablement només demostren l'existència d'una associació i no d'una relació causa-efecte.

Des del **Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil** (CSMIJ) de Lleida s'ha fet un estudi (Tello i altres, 1999) sobre els menors atesos per haver estat víctimes de maltractaments pels seus pares toxicòmans. Es van estudiar els atesos durant tres anys (1997-1999), dels quals 41 viuen amb les seves famílies i 62 a centres residencials pel fet d'estar tutelats per la DGAI. En el 25% de tota la mostra es va detectar una patologia de personalitat/comportament de mal pronòstic; és a dir, d'elevat risc de con-

vertir-se en adults amb un trastorn mental sever. Aquest percentatge de trastorn de la personalitat era més gran entre els infants internats en centres.

El tipus principal de maltractament va ser la **negligència** o **l'abandó** (32,6%) i el **maltractament emocional** (31,3%), seguit del **maltractament físic** (18%) i de **l'abús**, el **sotmetiment** o **l'explotació sexual** (17,2%). Entre els que vivien amb la família hi havia present una mitjana d'1,8 de quasi dos tipus de maltractament i entre els que vivien en centres la mitjana era de 2,5.

El segon estudi sobre el període de juliol de 1997 a desembre de 2000, ambdós inclosos (Tello i altres, 2001), es va realitzar comparant fills de pares toxicòmans víctimes de maltractaments infantils, seleccionant dos grups d'infants i joves. En el primer grup hi havia 202 menors residents amb la seva família sense suspensió de la pàtria potestat, i al segon 133 menors residents en institucions de l'Administració autonòmica amb suspensió de la pàtria potestat.

En ambdues poblacions (els residents amb la pròpia família, o bé en un centre per a menors tutelats), el més gran nombre de maltractaments es va trobar a **l'interval 13-18 anys**, amb poca diferència entre sexes. A la població que viu amb la seva família predominen significativament les nenes i als centres residencials els nens.

Els infants que viuen amb la seva família presenten més diagnòstics de trastorns reactius en l'interval 0-12

anys i trastorns neuròtics en l'interval 13-18 anys. Els trastorns de personalitat es donen en un nombre significatiu i predominen en l'interval 13-18 anys en la població dels centres residencials. A partir dels 8 anys apareixen diferències en les patologies que desenvolupen. Entre els 8-12 anys els que viuen amb la seva família, estadísticament hi ha **trastorns reactius**, mentre que els que viuen en centres presenten majoritàriament **neuroticisme**. Els menors internats amb edats compreses entre els 13 i els 18 anys presenten majoritàriament el trastorn de personalitat, inexistent en els que han pogut romandre en el seu marc familiar.

Els autors conclouen que «en un context familiar amb pares amb toxicomanies i amb pocs factors de protecció que fan necessari que els fills passin a centres residencials sota tutela administrativa, **aquests fills tenen l'índex més alt de presentar trastorns psiquiàtrics de difícil assistència sanitària** (trastorn de personalitat). El trastorn de personalitat generat a la infància o a l'adolescència produeix un alt efecte cronificador quan arriben a ser adults.

Una altra de les conclusions de l'estudi és «la necessitat d'una coordinació al més precoç possible entre totes les agències implicades en l'atenció a la infància i l'adolescència (sanitat, educació, justícia, serveis socials) amb la xarxa sanitària d'adults (psiquiàtrica i de toxicomanies) per identificar les persones d'aquestes poblacions amb risc i establir una unitat funcional de treball», perquè la patologia paterna és d'un major índex

d'irreversibilitat i per tant hipotèticament de pitjors efectes sobre la salut mental futura dels fills.

Respecte a la **prevenció de maltractaments infantils** amb població majoritàriament toxicòmana (78%), ja fa tres anys que està funcionant el programa PREINFANT, el qual, segons dades de la seva memòria (ABD, 2000), durant l'any 1999 ha atès 72 nuclis familiars (60 durant l'embaràs i 12 amb fills menors d'un any). Dels 72, hi havia 16 noies embarassades menors de 21 anys. Dels 40 casos tancats durant el 1999, 11 van ser per alta terapèutica, 16 per alta voluntària, 4 per interrupció de l'embaràs, 3 per mort del nadó i 6 per altres motius (canvi de domicili, derivació a l'EAIA). A quasi tots els casos de mort del nadó hi havia la presència, alhora, dels PMM i de cocaïna, tant el 1998 com el 1999.

Cal remarcar que en el 72% dels casos hi havia suport familiar, mentre que el 28% no tenia aquest suport. Dels pares o mares toxicòmans atesos, el 47% estaven en els PMM i el 7% en programes lliures de drogues, el 21% presentava consum de cocaïna, el 18%, d'alcohol i el 7%, de cannabis.

3.6. Conclusions dels estudis revisats

- Els PMM s'han plantejat més per millorar els aspectes **físics** (d'acord amb les estratègies de reducció de riscos) que els aspectes **socials**. En conseqüència, els estudis se centren més en la mesura de la millora

dels aspectes físics. Ens trobem amb una **manca d'estudis** sobre la qualitat de vida que recullin suficientment els aspectes socials de les persones en els PMM i els seus familiars. Cal aprofundir en com millorar els aspectes d'ocupació, suport social, relacions familiars i socials.

- Els escassos estudis sobre qualitat de vida i els PMM assenyalen una **millora** en aquesta després d'un temps en un PMM. Aquesta millora és avaluada bàsicament a través dels usuaris. Els **aspectes laborals** són els que menys milloren. A mesura que augmenta la permanència en tractament amb metadona augmenta la qualitat de vida dels usuaris.
- Tot i així, els nivells de qualitat de vida relacionada amb la salut continuen essent **pitjors que els de la població general**, especialment en els aspectes més relacionats amb la salut mental. Hi ha poca documentació sobre canvis en activitats de la vida diària (Ruiz, 1994).
- Com a font d'informació s'utilitza habitualment els propis usuaris i excepcionalment els seus familiars, i mai conjuntament amb els seus professionals. Es dóna poca importància als fills i als aspectes **sociofamiliars i sociolaborals** (excepció de les preguntes puntuals de l'ASI).
- Les **valoracions que fan els familiars** sobre la qualitat de vida dels usuaris dels PMM són semblants a la que fan els mateixos usuaris del PMM (Eklund, 1994), o són una mica més elevades que la que fan aquests (Ruiz, 1994).

- Generalment, els estudis sobre aspectes de les drogodependències ens donen poca informació de les repercussions en l'entorn familiar i en concret en els seus fills. Els nuclis familiars en què hi ha un membre o tots dos membres de la parella amb toxicomania i que esperen o ja tenen fills haurien de ser un grup amb el qual s'hauria d'actuar de forma prioritària.
- Són escassos els programes de suport als toxicòmans i als seus fills tant abans com després del part. En l'actualitat existeixen projectes aïllats, com algun dels ressenyats, que garanteixen una atenció especial pequè fan de pont entre els recursos de la xarxa de drogodependències i els de les xarxes de serveis socio-sanitaris, ja que cadascuna d'aquestes no proporciona una atenció suficient a aquest col·lectiu.
- A Catalunya augmenta el nombre d'inicis de tractament per cocaïna (8,5%, el 97 i 11,9%, el 98), com també el paper negatiu de la cocaïna durant l'embaràs en gestants que estan en els PMM.
- Hi ha acord sobre la necessitat d'atendre millor els aspectes de salut mental. Els problemes de salut mental són encara importants en poblacions drogo-dependents estabilitzades en tractament (Fernández Miranda, 1999). En els propers anys, un percentatge important dels fills d'aquestes persones presentaran problemes importants de salut mental en la seva vida adulta (Tello, 1999).
- Es fa necessari incrementar i especificar les intervencions psico socials amb aquest perfil de pa-

cients per a millorar el compliment del tractament amb metadona en particular i la seva qualitat de vida en general (Fernández, 1999).

- A Catalunya no es recullen **dades significatives** relacionades, per exemple, amb aspectes familiars i dels fills. Sembla que l'envelliment progressiu dels heroinòmans en tractament està suposant un augment del nombre de fills. No es coneix gaire el que està passant amb els fills –no es recullen dades més enllà del nombre de fills i no s'ha estudiat a fons– malgrat ser un tema important. El nombre de fills de les persones amb toxicomania va pujar a la ciutat de Barcelona: el 1986 tenien fills el 23,2% de la mostra, i el 1991, el 32,7%. En tot l'Estat, el 1996, el 22,6% d'una mostra representativa tenia algun fill, amb una mitjana de 0,6 fills per persona. Aquesta proporció és més elevada entre les dones (34,2%) que entre els homes (20%).

4. METODOLOGIA DE L'ESTUDI

Aquest projecte ha permès afegir diferents valors complementaris als estudis que habitualment es fan sobre aquests temes:

- Incorporar a l'àmbit de la qualitat de vida (centrat fins ara quasi exclusivament en la salut) l'**enfocament més social** (laboral, familiar) amb metodologies quantitatives, qualitatives i participatives, no coneixem estudis d'aquestes característiques fets per cap altra comunitat autònoma.
- Estudiar els **usuaris** utilitzant metodologies i fonts d'informació diferents, en concret **a través de les seves pròpies opinions i les opinions dels familiars adults i dels professionals** que els atenen. Algunes qüestions clau serien formulades a totes les mostres, per poder obtenir una comparació de resultats.
- Estudiar a **tots els usuaris dels PMM** que no estan a la presó, i no tan sols els que estan en programes d'inserció, per poder tenir una idea més global de les necessitats dels diferents perfils d'usuaris.
- **Donar participació als diferents dispositius** de la xarxa d'atenció a les drogodependències (CAS, co-

munitats terapèutiques, iniciatives de reinserció, grups de toxicòmans rehabilitats, etc.).

- **Proporcionar elements per a la reflexió i eines pràctiques** per ser utilitzades per diferents equips i poder avaluar els aspectes que recull l'estudi amb la població que atenguin, i poder mesurar els canvis que es produeixen durant els tractaments.

4.1. Fases del projecte

Fase 1: Elaboració de la proposta d'estudi

L'objectiu d'aquesta fase (desembre de 1999-març de 2000) ha estat dissenyar l'estudi. Per fer un millor disseny es va dur a terme:

- contactes amb informants clau,
- anàlisi de les dades existents a Catalunya,
- revisió de literatura nacional i internacional,
- revisió de diferents metodologies i instruments de mesura.

Fase 2: Realització de l'estudi

Durant aquesta fase (maig de 2000-juliol de 2001) s'ha fet:

- estudi d'usuaris i dels seus terapeutes,
- grup de discussió amb usuaris,
- entrevistes a professionals,
- grup Delphi,
- redacció i discussió de l'informe final.

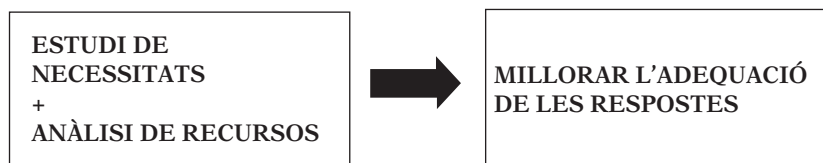
Fase 3: Aplicació de conclusions i seguiment dels enquestats

A partir de les conclusions de l'estudi i de la millora de la metodologia emprada es podrien establir, entre els diferents departaments implicats, uns indicadors comuns per poder monitoritzar l'evolució dels nivells de qualitat de vida (incloent-hi elements d'anàlisi dels recursos que s'utilitzen per a la seva atenció) dels usuaris que hagin participat a l'estudi per fer un seguiment de la seva evolució i d'altres que participin en programes lliures de drogues.

4.2. Objectius

Com a **objectius generals** es pretenia a partir del contacte amb els usuaris dels PMM, amb els seus familiars i amb els professionals, i en diferents moments:

- conèixer les seves **necessitats, expectatives i valoracions** relacionades amb la qualitat de vida, per
- poder-les contrastar amb les **respostes que els donen els recursos**, a partir de múltiples fonts d'informació i de diversos indicadors de qualitat de vida (bàsicament sociolaborals i sociofamiliars)



Com a objectius específics:

- conèixer el nivell de **qualitat de vida**, especialment el relacionat amb: integració social i laboral, relacional, grau de suport social, temps lliure, salut dels usuaris dels PMM, utilitzant tant variables objectives com de percepció dels usuaris i dels seus terapeutes,
- saber en quina mesura **la utilització dels PMM** millora aquests aspectes de la qualitat de vida,
- conèixer la percepció subjectiva dels usuaris sobre **la qualitat de les ofertes de serveis i prestacions, i el nivell d'encaix d'aquesta oferta amb les necessitats** (per a definir necessitats no cobertes suficientment),
- conèixer les **tipologies de les trajectòries laborals i el perfil dels usuaris dels PMM**, com també els factors determinants, i **identificar els usuaris que necessiten més suport**,
- conèixer millor els **recursos específics i inespecífics utilitzats** (disponibilitat, utilització, coneixement, sobreposicions, buits) per saber quins poden ser més adequats per als diferents perfils d'usuaris,
- seleccionar els **indicadors més rellevants de qualitat de vida** (relacionals, econòmics, laborals, etc.), relacionats amb els usuaris dels PMM i les seves famílies, que permetin observar tendències en l'evolució del problema.

4.3. Fonts utilitzades en el disseny

S'han utilitzat diverses fonts d'informació:

- consulta a informants clau,
- revisió d'estudis,
- revisió d'instruments de mesura,
- anàlisi de les dades de Catalunya sobre els PMM.

INFORMANTS CLAU

La consulta a informants clau s'ha fet mitjançant:

- **Contacte directe** amb planificadors, professionals d'atenció directa, afectats i amb membres de comissions de coordinació.⁶ A uns informants se'ls va entregar un guió perquè l'enviessin de forma anònima i altres van ser entrevistats.
- **Revisió de conclusions de jornades de professionals** que treballen amb drogodependents, com ara les organitzades per la Coordinadora de CAS de Drogodependències de Catalunya, 1998.

Alguns dels informants clau coincideixen a assenyalar:

- augment, durant els últims anys, de la **mitjana d'edat** d'inici del tractament,
- **policonsum** de substàncies durant el tractament (cannabis, alcohol, cocaïna, etc.),

6. Comissió d'Inserció Sociolaboral, Comissió SIDA, Comissió de Comunitats Terapèutiques.

- moltes dones queden embarassades als pocs mesos d'iniciar un PMM i la majoria volen continuar endavant amb l'embaràs,
- hi ha una millora que es produeix com a conseqüència d'iniciar un PMM: disminució de les activitats delictives, guany de pes i millora de l'estat de salut en general, estabilitat emocional i relacions de parella més estables,
- els criteris reals d'entrada en un PMM són més amplis que els indicats al Reial decret. S'indica que en cas de disposar de més recursos, una part dels usuaris dels PMM podrien ser candidats a altres opcions terapèutiques,
- hi ha coincidència sobre la necessitat de comptar amb més professionals per poder fer un suport efectiu sobre els usuaris dels PMM que ho requerissin, llavors es podria parlar de PTM (programes de tractament amb metadona) i no tan sols de PMM. Els usuaris, que no volen qüestionar-se gaires coses sobre la seva situació, no fan demanda de més recursos,
- hi ha una patologia dual (toxicomania i un altre trastorn mental) que no és tractada adequadament,
- hi ha molta dificultat a decidir quines són les formes més adequades per atendre els pares amb problemàtiques greus de desatenció dels seus fills,
- com a principals interrogants dels PMM, s'apunta la possible aparició de programes amb d'altres substituïtius opiacis (heroïna, buprenorfina) que poden modificar les expectatives d'aquesta població i la seva resposta.

S'han revisat nombrosos estudis sobre la qualitat de vida dels usuaris en els PMM en l'àmbit internacional. Presentem un quadre resum amb algunes característiques d'alguns dels estudis realitzats, principalment a l'Estat espanyol i finalment de la nostra proposta duta a terme.

Quadre resum d'estudis sobre la qualitat de vida

Autors, any, territori	Mostra i població	Interès central de l'estudi	Instruments de mesura
Ruiz i altres (1994) Àlaba	64 persones en els PMM 45 familiars	benestar general autopercepció de salut	índex de benestar general adaptat (IBGA)GWB EVA, escala de valoració interna
Escudero/Ferrer (1995) 2 CAS de Barcelona ciutat	86 persones en els PMM	comprovar si els PMM milloren la qualitat de vida	qüestionari propi
Torrents i altres (1997) CAS Barceloneta Barcelona ciutat	135 persones en els PMM (80 avaluats després d'un any)	avaluar canvis en la qualitat de vida durant un seguiment de 3 anys	Nottingham Health Profile (NHP)
UNAD (1998) Programes d'inserció, tot l'Estat espanyol	397 drogodependents (només 59% heroïna motiu principal del tractament). Mostra no aleatòria. Qüestionari administrat pel terapeuta	conèixer el perfil dels usuaris dels programes de reinserció i la seva evolució passats 6 mesos	índex de severitat de l'addicció (EuropASI)

Autors, any, territori	Mostra i població	Interès central de l'estudi	Instruments de mesura
Plan Nacional sobre Drogas (1998), tot l'Estat espanyol	2.616 deman-dants de tracta-ment per heroïna	integració sociofamiliar, patrons de consum, salut, factors de risc, utilització de serveis	qüestionari propi
Ruiz i altres (1998), Cadis	31 persones amb PMM	perfil de gravetat psicosocial i orgànic	OTI- GHQ-28 APGAR Familiar
Fdez. Miranda i altres (1999), Astúries	49 amb 4 anys en els PMM	qualitat de vida, severitat de l'addicció, depressió	SF-36 EuropASI EADG, CAGE
Iraurgi i altres (1999), Biscaia	40 persones en els PMM; qüestionari administrat pel terapeuta	qualitat de vida relacionada amb la salut/benestar psicològic/estrès, simptomatologia i problemes relacionats amb l'hàbit tòxic	MOS-SF-35 GHQ EVA Suport social
Alonso/Val (2002), CAS de tot Catalunya	persones amb 6 mesos o més en els PMM, i professionals	avaluació de necessitats (especialment sociolaborals i familiars, i de suport social) i recursos	qüestionari propi Duke-UNC

REVISIÓ D'INSTRUMENTS DE MESURA

Molts dels instruments enumerats a continuació estan pensats per a «screening» i no tant per a mesurar qualitat de vida, per la qual cosa hem optat per construir un instrument ad hoc (vegeu capítol 4). Hem revisat especialment els instruments següents:

- **ASI (Índex de Severitat de l'Addicció):** va ser creat el 1980 als EUA, existint una versió europea des de 1995. És una entrevista breu, semiestructurada i realitzada per a proporcionar informació sobre diferents àrees de la vida del pacient: situació mèdica, ocupació i suports, ús d'alcohol i altres drogues, situació legal, relacions familiars i socials, estat psiquiàtric. A cada àrea se li assigna una puntuació de gravetat que oscil·la entre 0 i 9 (problema extrem, tractament absolutament necessari). És un bon instrument clínic i per a la investigació, però no considerem que sigui el més adequat per a una investigació com la nostra, ja que no aprofundeix prou.
- **PGWB (Psychological General Well-Being Schedule, Dupuy, 1977)** (Índex de benestar general, IBG): és un qüestionari autoadministrat desenvolupat per l'enquesta sobre nutrició i salut als EUA. Té 22 ítems i reflecteix 6 dimensions: ansietat, depressió, benestar positiu, autocontrol, salut general i vitalitat. Les preguntes fan referència a l'últim mes.
- **SF-36 Health Survey:** va ser desenvolupat als EUA, a partir de revisar molts qüestionaris relacionats amb la salut. Mesura la qualitat de vida relacionada amb la salut a partir de 36 ítems que s'agrupen en vuit escales: funció física, rol físic, dolor, salut en general, vitalitat, funció social, rol emocional, salut mental. S'engloben en dues mesures de salut: la física (les quatre primeres) i la mental (les quatre últimes). Cada escala obté una puntuació entre 0 i 100 (del pitjor al millor estat de salut).

- **Nottingham Health Profile (NHP):** aquest qüestionari conté 38 ítems amb respostes «sí/no», amb sis dimensions: energia, dolor, reacció emocional, son, aïllament social i mobilitat física.
- **Escala Visual Analògica (EVA):** és una línia contínua en què el punt 0 indica «pèssima qualitat de vida» i el 100 «òptima qualitat de vida», se sol·licita a la persona que situï en un punt d'aquesta escala la seva qualitat de vida.

Els instruments de mesura del suport social revisats han estat:

- **The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (Broadhead, W.E. i altres, 1988).** Originalment incloïa 14 ítems, però va quedar reduït a vuit ítems després de la realització de diferents anàlisis. Els ítems tracten sobre la confiança en altres persones que donen ajut i sobre el suport afectiu. Es va crear per a mesurar el suport social en pacients de medicina familiar, i està preparat per a poder ser autoadministrat. Hem optat per incloure aquest qüestionari com a mesura del suport social,
- **Inventari de conductes de suport social (ISSB, Barrera, 1981),**
- **Suport social percebut de familiars y amics (Procidiano y Heller, 1983),**
- **Qüestionari de suport social (Sarason i cols., 1983),**
- **Llista d'avaluació del suport interpersonal (ISEL, Cohen i cols., 1985).**

4.4. Resum del disseny

Àrees estudiades	Enquestes als usuaris	Enquestes als terapeutes	Entrevistes als professionals	Grup de discussió	Grup Delphi
Entorn/Habitatge					
Sociolaboral					
Sociofamiliar					
Lleure/ Suport social					
Legals					
Salut/Consum de drogues					
Recursos utilitzats					
Qualitat de vida global					

	Tècniques i continguts			
	Enquesta	Entrevista semi-estructurada	Grups	
			Discussió	Delphi
Usuaris	24 centres N=356 persones que fa 6 mesos o més que estan en els PMM <ul style="list-style-type: none"> • laboral • familiar • suport social • lleure • salut • satisfacció serveis desembre de 2000-març de 2001		N=5 Membres d'associacions d'exuaris i pacients en els PMM <ul style="list-style-type: none"> • laboral • familiar • lleure/ suport social maig de 2001	N=10 Professionals de la planificació, investigadors, de l'atenció directa, exuaris.
Professionals	Terapeutes de 215 enquestats Evolució de les diferents àrees de qualitat de vida abril-juny de 2001	N=8 Professionals de diferents dispositius <ul style="list-style-type: none"> • laboral • familiar abril-maig de 2001		<ul style="list-style-type: none"> • laboral • familiar maig-juliol de 2001

S'ha assegurat la representativitat de centres, entitats i territoris de Catalunya en totes les tècniques.

4.5. Tècniques utilitzades

ENQUESTA ALS USUARIS

Procediment

L'univers de l'estudi va ser la població en programes de manteniment amb metadona (PMM) a Catalunya, als centres de la xarxa d'atenció a drogodependents de Catalunya que prescriuen metadona, ja que només una minoria de drogodependents poden estar amb metadona en consulta privada.

La mostra dissenyada inicialment va ser de 360 persones. La mostra definitiva va ser de 356 persones que fa sis mesos o més que estan en els PMM. Punts de mostreig: 24 centres de la xarxa d'atenció a drogodependents de Catalunya. Homes, el 72,8% (259), i dones, el 27,2% (97). El **nivell de confiança** va ser del 95,5%, amb un error màxim no superior al 5%.

El **període de realització de les entrevistes** va durar des del desembre de 2000 fins al març de 2001.

La selecció totalment aleatòria de la **mostra** s'ha fet a partir del criteri de representativitat en funció del volum proporcional d'usuaris atesos pels diferents centres prescriptors de metadona de tot Catalunya, sobretot

dels que aporten la majoria d'usuaris als PMM. Aquest tipus de selecció de mostres és la que presenta més utilitat i seguretat de cara a la planificació posterior de l'assignació de recursos.

A l'inici del projecte hi havia 7.120 persones en programes de manteniment amb metadona (PMM) a tot Catalunya (OTD, 1999). Es van excloure les 2.669 persones que estaven als 11 centres penitenciaris per les característiques específiques del medi penitenciari. Les persones que feia 6 mesos o més que estaven en els PMM eren el 85% de les 4.451 restants: 3.783 persones.

Es va contactar amb els 24 centres, representatius de tots els territoris de Catalunya, que tenien un major nombre de persones en els PMM (més de 50 persones). Aquests 24 centres agrupen el 90,11% de tota la població en PMM. Tots els centres van acceptar col·laborar i van participar en l'estudi. A cada centre seleccionat es van triar a l'atzar, amb la llista de les persones en tractament amb metadona, el nombre de persones que li corresponien en relació amb el seu pes respecte al total de la població en els PMM a Catalunya.

Els **entrevistadors** van ser membres d'associacions d'ajut a persones amb drogodependències (bàsicament professionals que col·laboren amb elles i agents de salut seleccionats i degudament formats per a aquest estudi).

Centres participants en l'estudi	Població en els PMM*	Percentatge	Persones entrevistades**	
CAS Garbí	363	9,0%	(31)	32
CAS Nou Barris	340	8,5%	(30)	30
CAS Sants	385	9,6%	(34)	35
CAS Sarrià	170	4,2%	(15)	15
CAS Barceloneta	161	4,0%	(13)	14
Creu Roja	414	10,3%	(35)	37
CAS Sabadell	168	4,2%	(15)	15
Delta Badalona	247	6,1%	(22)	22
Fundació T. Ferrer. Girona	212	5,3%	(19)	19
Hospital Sant Joan. Reus	317	7,9%	(29)	29
Hospital Joan XIII. Tarragona	165	4,1%	(14)	15
CAS Granollers	118	2,9%	(11)	11
Hospital Provi. Lleida	129	3,2%	(12)	12
Sant Pau CITRAN	105	2,6%	(10)	9
CAS Tortosa	98	2,5%	(9)	9
CAS Mataró	86	2,1%	(8)	8
CAS Penedès Garraf	88	2,2%	(8)	8
CAS Mútua Terrassa	81	2,0%	(6)	7
CAS Extracta	81	2,0%	(7)	7
CAS Figueres	64	1,6%	(6)	6
CAS El Prat de Llobregat	58	1,5%	(6)	5
Ferran Salsas Rubí	54	1,4%	(5)	5
CAS Palafrugell	54	1,4%	(6)	5
UAT Calella	53	1,3%	(5)	5
TOTAL 24 CENTRES	4.011	100%	(356)	360

* Dades de l'Òrgan Tècnic de Drogodependències. Generalitat de Catalunya (1999).

** Entre paràntesi, les persones finalment entrevistades.

Es va fer una **prova pilot** amb el grup d'usuaris de PMM (aproximadament un 5% de la mostra definitiva) per veure l'adequació dels instruments de mesura.

Es va enviar una carta signada pels departaments que

donen suport a l'estudi demanant a la direcció i a la resta de personal la col·laboració necessària per dur-lo a terme, fent èmfasi en el fet que l'equip de l'estudi es faria càrrec de les gestions necessàries per a contactar amb la mostra de cada centre, no sent necessàries les consultes a històries clíniques. La durada aproximada de l'entrevista va ser d'una hora.

Igual que es fa en altres estudis d'aquestes característiques, es va pagar als enquestats una quantitat econòmica (2.000 pessetes) per la seva participació en l'estudi.

Instrument

Finalment, com a instrument vàrem optar per construir un qüestionari per als usuaris (vegeu annex 1) amb preguntes obertes, tancades i mixtes, que constava de dos components:

- Un d'**específic**. Hem modificat alguns ítems d'altres estudis (Escudero i Ferrer (1995); Ruiz i cols. (1994), Rodríguez Cabrero (1988), i afegit d'altres originals a l'àrea familiar, laboral i de temps lliure i percepció del nivell de satisfacció de recursos.
- Una adaptació al castellà del qüestionari sobre **suport social** de 8 ítems (Broadhead, W.E. i altres (1988): «The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire»).

L'ordre d'aparició dels 9 blocs al qüestionari era el següent:

- Habitatge i entorn
- Temps lliure, relacions socials i suport social
- Salut
- Relacions familiars
- Integració sociolaboral
- Consum de drogues
- Sobre el PMM i els recursos utilitzats
- Perspectives de futur
- Bloc final (sociodemogràfiques, legals, sida, etc.)

ENQUESTA ALS TERAPEUTES

Procediment

Els 16 centres que van respondre al breu qüestionari (vegeu annex 2) suposen el 66% dels centres enquestats. Les dades recollides sobre 215 usuaris representen el 60,4% de tots els enquestats.

Instrument

Es va demanar a cada terapeuta de les persones enquestades que respongués a un breu qüestionari sobre l'evolució de les diferents àrees de qualitat de vida de l'usuari, per poder-les comparar amb les respostes d'aquest i veure si els recursos emprats havien estat suficients.

GRUP DE DISCUSSIÓ D'USUARIS

Instrument

La proposta temàtica per a debat va estar centrada en aspectes laborals (dificultats que perceben per a la incor-

poració al món laboral dels usuaris en els PMM, quins aspectes s'han de tenir en compte per a pal·liar les dificultats) i familiars (quines són les necessitats dels familiars).

Procediment

La convocatòria es va fer mitjançant una carta i, posteriorment, es va fer una trucada telefònica a cadascun dels proposats per a confirmar-hi l'assistència. Es van convocar a associacions que treballen en el camp de la toxicomania i usuaris. Van assistir-hi 5 de tots els convocats.

ENTREVISTA ALS PROFESSIONALS

Procediment

Per a la realització de les entrevistes es va considerar que estiguessin representats diferents àmbits (educació per a la salut, inserció sociolaboral, prevenció i atenció de les drogodependències i protecció infantil) i disciplines (psicologia, treball social, educació social) relacionats amb l'abordatge d'aquesta problemàtica.

Les entrevistes van ser fetes al llarg del mes de maig de 2001 i la durada va ser d'aproximadament una hora i mitja. Es van fer als llocs de treball dels entrevistats. La llista completa de participants es pot veure a l'inici del text, a l'apartat d'agraïments.

Instrument

Els aspectes fonamentals que es tractaven van ser el laboral i el familiar a través d'una **entrevista individual semiestructurada**, en la qual es proposaven preguntes

semblants a les contestades en el qüestionari per als usuaris i generar-hi debat.

GRUP DELPHI

Procediment

El mètode **Delphi** permet fer prediccions en entorns canviants per als quals les tècniques quantitatives no són suficients. Es basa en la recerca del consens entre experts a través de diverses rondes de consultes no presencials (amb la consegüent evitació de desplaçaments), reduint així el risc d'influència mútua (per la imatge, l'edat, l'autoritat de coneixement del camp, la disciplina o altres variables), i aprofitant al màxim les aportacions de cada participant.

Altres característiques del mètode que hem aplicat en el nostre cas són:

- tots els participants van poder expressar lliurement les seves opinions a través del **correu electrònic** en dues ocasions;
- **es manté l'anonimat** de qui fa cada aportació respecte a la resta de membres del grup;
- a la primera ronda es va facilitar la següent **informació als participants**:
 - resum de la metodologia de l'estudi,
 - fitxa tècnica de l'enquesta realitzada als usuaris que feia 6 mesos o més que estaven en els PMM a Catalunya,
 - un breu resum d'algunes dades sociolaborals i sociofamiliars obtingudes en aquesta enquesta;

- hi ha feedback entre el grup de participants i el grup coordinador després de recollir i analitzar la informació de la primera ronda, la qual cosa permetrà contrastar les pròpies opinions amb les de la resta del grup i així poder elaborar més les opinions a la segona i última ronda.

Es va convidar a participar-hi 25 persones de diferents tasques (planificació i decisió, gestió d'associacions, professionals d'atenció a drogodependents i atenció i protecció a la infància, investigadors i membres d'associacions d'exusuaris). Quatre persones van excusar-se per no participar, set no van manifestar res, dues van acceptar participar-hi però no van respondre i deu van respondre a les dues rondes. La llista completa de participants es pot veure a l'inici del text, a l'apartat d'agraïments.

Instrument

A la primera ronda, es van formular **dues preguntes** a cada participant:

- quines li semblen que haurien de ser les accions estratègiques per millorar l'atenció en els **aspectes sociolaborals** de les persones en els PMM, i les mesures concretes per a dur a terme les accions estratègiques?
- quines li semblen que haurien de ser les accions estratègiques per millorar l'atenció en els **aspectes sociofamiliars** de les persones en els PMM, i les mesures concretes per a dur a terme les accions estratègiques?

A partir de les respostes es van resumir les accions estratègiques i les mesures sobre els dos aspectes estudiats, perquè a la segona ronda els participants valoressin el nivell d'interès de cada acció estratègica i la seva prioritat. El detall dels resultats es pot trobar a l'apartat de resultats.

5. RESULTATS

A continuació s'integren els principals resultats obtinguts a través de les cinc tècniques detallades anteriorment. Els resultats es presenten pels diferents blocs estudiats, assenyalant amb inicials la tècnica a través de la qual s'han obtingut.

La majoria de les dades **quantitatives** corresponen a l'enquesta als usuaris, i al qüestionari per als terapeutes d'aquests usuaris. Les opinions de caire més **qualitatiu** corresponen al grup de discussió (GD), a les entrevistes als professionals (EP) i al grup Delphi.

Els resultats obtinguts a través de diferents metodologies ens presenten una aproximació a la situació de les persones que fa 6 mesos o més que estan en els PMM, les quals representen aproximadament la meitat de les persones en tractament per deixar l'heroïna. No reflecteixen la realitat ni de les persones que han iniciat els PMM però fa menys de sis mesos que hi estan, ni la realitat de les persones que no fan cap tipus de tractament, ni tampoc reflecteixen la situació dels que estan en tractament lliure de drogues o en tractament amb antagonistes.

5.1. Sobre la població enquestada

Fa 3 anys i mig que estan en els PMM de nivells de exigència mitjà-baix i estan en un moment intermedi del seu procés de reinserció laboral segons els terapeutes, a més tenen un nivell baix de formació acadèmica i laboral.

Fer més temps que estan en els PMM i participar en un PMM de més exigència no suposa en general més millora en la majoria d'àrees estudiades.

- Els enquestats fa una mitjana de 3,6 anys que estan en els PMM. El 73% són homes i el 27%, dones. El nivell d'exigència del PMM en què estan la majoria dels usuaris es mitjà-baix (84,7%), i es troben en un moment intermedi del seu procés de reinserció laboral, segons la valoració que fan els seus terapeutes.
- La meitat dels enquestats no fa cap estimació sobre el temps que esperen romandre en el PMM o ho deixen a criteri del seu terapeuta. És possible que aquest tema no es plantegi amb freqüència durant el tractament, la qual cosa suposaria un risc afegit de cronificació.
- El 40,8% no té el graduat escolar. Las àrees en què els usuaris es plantegen actualment algun objectiu concret de millora són: la laboral (65,5%), la de temps lliure (63,2%), i la familiar (54,5%).
- El 76% presentava, a criteri de l'entrevistador, un aspecte correcte o molt arreglat, un grau de sinceritat alt o molt alt, i un nivell d'atenció adequat i despert.

El 91% dels enquestats (N=324) en el moment de fer l'entrevista estava en un programa de manteniment amb metadona. Des del moment de la selecció de la mostra i la realització de les entrevistes un 8,9% (N=32) dels usuaris van deixar d'estar en un PMM.

Motius pels quals van deixar els PMM:

Pas a un programa lliure de drogues	25%
Abandó	18,7%
Presó	12,5%
Expulsió	9,4%
Altres (N=32)	34,4%

No apareix significació estadística entre fer més temps que estan en un PMM i l'evolució de la situació laboral, de les relacions socials i del temps lliure, com es pot apreciar a les taules següents:

Temps en un PMM

Evolució de la situació laboral	> de 2 anys	3 i 5 anys	< 5 anys	TOTAL
Ha millorat	78 (52,7%)	58 (56,3%)	33 (49,2%)	169
Està igual	65 (43,9%)	39 (37,9%)	32 (47,8%)	136
Ha empitjorat	5 (3,4%)	6 (5,8%)	2 (3%)	13
TOTAL	148	103	67	318

($p < ,63$)

Temps en un PMM

Evolució de les relacions socials	> de 2 anys	3 i 5 anys	< 5 anys	TOTAL
Ha millorat	99 (64,3%)	84 (71,8%)	53 (72,6%)	236
Està igual	48 (31,2%)	27 (23,1%)	19 (26%)	94
Ha empitjorat	7 (4,5%)	6 (5,1%)	1 (1,4%)	14
TOTAL	154	117	73	344

(p< ,38)

Temps en un PMM

Evolució en el temps lliure	> de 2 anys	3 i 5 anys	< 5 anys	TOTAL
Ha millorat	117 (75,5%)	94 (81,7%)	56 (76,7%)	267
Està igual	27 (17,4%)	15 (13,1%)	14 (19,2%)	56
Ha empitjorat	11 (7,1%)	6 (5,2%)	3 (4,1%)	20
TOTAL	155	115	73	343

(p< ,65)

Nivell d'exigència del PMM en què participa l'usuari (valoració subjectiva dels terapeutes de cada usuari entrevistat):

Alta 15,3%
 Mitjana 45,9%
 Baixa 38,8%
 (N=209)

El nivell d'exigència del PMM al qual estan els usuaris és **mitjà-baix**, segons la valoració que fan els seus propis terapeutes. No hi ha una relació estadísticament significativa entre el nivell d'exigència del PMM que fa la persona en tractament i la seva evolució laboral, de relacions socials, de temps lliure, de relació amb la família d'origen, de relació amb els fills, laboral, de formació, com es pot veure a les taules següents.

Nivell d'exigència del PMM

Evolució laboral	alt	mitjà	baix	TOTAL
Ha millorat	14 (45,2%)	44 (47,3%)	44 (55%)	102
Està igual	17 (54,8%)	42 (45,2%)	32 (40%)	91
Ha empitjorat	0	7 (7,5%)	4 (5%)	11
TOTAL	31	93	80	204

(p< ,3)

Nivell d'exigència del PMM

Evolució de les relacions socials	alt	mitjà	baix	TOTAL
Ha millorat	20 (62,5%)	65 (69,9%)	53 (65,4%)	138
Està igual	12 (37,5%)	25 (26,9%)	22 (27,2%)	59
Ha empitjorat	0	3 (3,2%)	6 (7,4%)	9
TOTAL	32	93	81	206

(p< ,3)

Nivell d'exigència del PMM

Evolució en el temps lliure	alt	mitjà	baix	TOTAL
Ha millorat	23 (71,9%)	76 (79,2%)	61 (77,2%)	160
Està igual	6 (18,7%)	16 (16,6%)	14 (17,8%)	36
Ha empitjorat	3 (9,4%)	4 (4,2%)	4 (5%)	11
TOTAL	32	96	79	207

($p < ,8$)

Quin temps més esperes estar en un PMM?

Menys d'un any	30,3%
No m'ho he plantejat	27,5%
Depèn del consell del terapeuta	21,3%
D'un any a dos	12,6%
Més de dos anys	3,9%
NS/NC	4,2%
(N=356)	

El 48,8% dels usuaris enquestats no fa cap estimació del temps que espera estar en el PMM.

OBSERVACIONS DELS ENTREVISTADORS

Observacions dels entrevistadors sobre l'aspecte personal de l'entrevistat:

Correcte	66,2%
Deixat	18,9%
Molt arreglat	10%
Molt deixat	4,9%
(N=349)	

El 76,2% dels usuaris presentaven un aspecte correcte o molt arreglat.

Sobre el grau de sinceritat estimat de les respostes donades:

Molt alt	29,7%
Alt	47,1%
Mitjà	17,1%
Baix	4,3%
Molt baix	1,7%
(N=350)	

El grau de sinceritat estimat com a alt o molt alt arriba al 76,8%.

Sobre el nivell d'atenció/activació de l'entrevistat:

Atent, despert	76,9%
Una mica col·locat	18,9%
Col·locat	4,3%
(N=350)	

Durant l'entrevista, hi havia alguna altra persona que escoltava?

Sí	7,5%
No	92,5%

Què t'ha semblat l'entrevista?

La majoria d'enquestats van assenyalar haver-se trobat bé responnent les preguntes malgrat la intimitat dels temes tractats i pensaven que aquestes qüestions haurien de tractar-se més sovint en els centres de tractament.

5.2. Dimensions de la qualitat de vida

HABITATGE I ENTORN

Els usuaris perceben que el seu entorn té bons equipaments.

Perceben també que el seu entorn rebutja les persones com ells.

Hi ha poca autonomia personal en una cosa tan bàsica com l'habitatge.

- Viuen en un entorn que valoren com **no gaire aïllat** i que té **bons equipaments**, la meitat assenyalen la viure en zones amb molt atur i tràfic de drogues.
- La majoria viuen en **habitatges en propietat de familiars** (45,2%) o llogats per ells mateixos (30,6%) i estan satisfets de l'habitatge on viuen (63,2%).

La zona on vius és:

	SÍ	NO	NS/NC
Conflictiva	40,7%	51,7%	7,6%
Hi ha bastant tràfic de drogues	43%	47,5%	9,6%
Hi ha molt atur	50,3%	33,4%	16,3%
Està molt aïllada	21,3%	68,3%	10,4%
Rebutja les persones com jo	50%	36,2%	13,8%
Té bons equipaments (sanitaris, educatius, d'esport, d'oci i altres)	67,1%	19,4%	13,5%

(N=356)

Hi ha una lleugera tendència de la meitat de la mostra vers una percepció positiva del nivell d'equipaments i del no aïllament de la zona. La percepció és menys positiva respecte a la valoració que tenen de la incidència de l'atur, del rebuig social que perceben cap a ells, de la conflictivitat i del tràfic de drogues.

Es tracta d'una població que viu a zones més aviat depressives que no afavoreixen una bona qualitat de vida. Per tant, potser un condicionant de la qualitat de vida depèn del marc social on viuen els usuaris.

On vius?

En un habitatge de propietat d'algun familiar teu	45,2%
En un habitatge de lloguer	30,6%
En un habitatge propi	12,9%
En una residència col·lectiva (alberg municipal, pis protegit, etc.)	2%
Sense habitatge estable: aquí i allí	1,4%
En un pis ocupat	1,1%
Altres (al carrer, etc.)	6,7%
(N=356)	

L'11,25% viuen en habitatges que no són propietat seva, ni de familiars ni són de lloguer.

No tenen accés a dutxa dins el seu habitatge el 3,9% de la mostra.

No tenen aigua corrent a l'habitatge el 4,2%.

Estàs content amb el tipus d'habitatge on vius?

Molt	20,5%
Bastant	42,7%
Poc	17,1%
Gens	19,1%
NS/NC	0,6%
(N=356)	

El 63,2% està molt o bastant content amb el seu habitatge i el 37,2% poc o gens.

TEMPS LLIURE

La major part de les seves activitats de temps lliure són passives.

- La major part de les seves activitats de temps lliure impliquen un consum de mitjans audiovisuals, i tenen una baixa pràctica d'esports, malgrat que valoraren el nivell d'equipaments com a bo.
- El 76,7% assenyala **algun tipus de millora** quant a la utilització del temps lliure i un 21,6% diu que està igual o ha empitjorat.
- Si la metadona només es concebeix com a substitut de l'heroïna, la utilització del temps lliure es més o menys igual que quan en consumien. Si es planteja des d'una **perspectiva de pla de millora personal**, la millora del temps lliure pot ajudar a millorar la qualitat de vida global.

Fas les teves activitats: menjar, dormir, treballar, veure amics, etc., de forma habitual?

Sí	78,1%
No	21,1%
NS/NC	0,8%
(N=356)	

Em podries explicar breument què fas habitualment?

(Les respostes eren obertes i s'han categoritzat posteriorment. De cada enquestat s'han recollit com a màxim tres tipus d'activitats.)

	en un dia laborable durant l'últim mes	en un diumenge o dia festiu durant l'últim mes
Treball	25,8%	3,1%
Música, lectura	15,4%	16,8%
Sortides	14,9%	22,9%
Arreglar la casa	14,2%	6,2%
Descansar	11,6%	21,3%
Tractament	6,4%	2%
Relacions socials	4,9%	16,4%
Cuidar altres persones	2,8%	2,1%
Esport	1,7%	3,2%
Buscar-me la vida	1,7%	1,8%
Altres	0,4%	4%
	N=758	N=647

Les activitats més freqüents **els dies laborables** són per aquest ordre: treball, música i lectura, sortides (passar sol o amb familiars), arreglar la casa, descansar i el tractament.

Les activitats més freqüents durant els festius són per aquest ordre: sortides, descansar, música i lectura, relacions socials i arreglar la casa.

Quins recursos de temps lliure fas servir actualment?

(Les respostes eren obertes i s'han categoritzat posteriorment. De cada enquestat s'han recollit com a màxim dos tipus de recursos)

audiovisuals	28,2%
cap	18,3%
lectura	16,6%
esport	11,3%
estar a casa	8,4%
música	5,9%
estar amb col·legues	5,7%
noves tecnologies	1,8%
altres	2,7%
no tinc temps lliure	0,8%
(N=486)	

La major part d'activitats de temps lliure són passives (audiovisuals).

Des que estàs en un PMM, com ha evolucionat la teva utilització del temps lliure?

Ha millorat molt	31,2%
Ha millorat	45,5%
Igual	16%
Ha empitjorat	5,3%
Ha empitjorat molt	0,3%
NS/NC	1,7%
(N=356)	

El 76,7% assenyala algun tipus de millora en la utilització del temps lliure i un 21,6% diu no haver variat o que ha empitjorat.

Et plantejes actualment algun objectiu concret per millorar l'ocupació del teu temps lliure?

Sí	63,2%
No	33,7%
NS/NC	3,1%
(N=356)	

No hi ha relacions estadísticament significatives entre tenir fills i plantejar-se objectius concrets per a l'ús del temps lliure.

Opinions dels professionals entrevistats

Respecte a com evoluciona la utilització del temps lliure, els professionals entrevistats opinen que la concepció i utilització del temps lliure es més o menys la mateixa que abans d'estar en un PMM. Si la metadona només es concep com a substitut de l'heroïna, la utilització del temps lliure és més o menys igual que quan en consumeixen. Si es planteja des d'una perspectiva de pla de millora personal, el PMM podria ajudar més a millorar el temps lliure.

Aquesta perspectiva dels professionals contrasta amb el 76% de millora que assenyalen els usuaris per als quals la metadona estalvia molt del temps invertit a «buscar-se la vida» i qualsevol cosa alternativa a això segurament és millor per ells.

Malgrat tot, és difícil generalitzar, es distingeixen diferents grups d'usuaris:

- els normalitzats: aprofiten les possibilitats de la metadona per a millorar tant en l'àmbit familiar com en les relacions familiars o del temps lliure,
- els que tenen problemes seriosos de salut física i la millora és més limitada,
- els de difícil recuperació global que continuen igual i la seva millora és relativa en qualsevol dels aspectes.

Els professionals consideren que des dels CAS es podria:

- potenciar més la utilització del temps lliure,
- potenciar la integració d'aquest col·lectiu mitjançant els recursos de la comunitat, tot preservant l'anonimat per evitar mites i estigmatitzacions.

Des que oficialment es demana a un CAS que actuï, és difícil veure millores en l'aspecte de l'aprofitament del temps lliure. En algun CAS això s'ha vinculat amb l'oferta de taller d'activitats, en aquests casos «es recull a les memòries com un valor afegit, però oficialment no es paga».

SUPORT SOCIAL I RELACIONS SOCIALS

Perceben un bon nivell de suport social. Reben diversos tipus de suport, sobretot de les mares i dels germans.

- La majoria té un nivell mitjà-alt de **suport social** i diuen que les persones properes els donen suport.
- El més freqüent és rebre **diversos tipus de suport**. El suport **emocional** és el principal tipus de suport rebut. Més d'un terç podria **recórrer a més de tres persones** en cas d'un problema molt important.
- La **mare i els germans** són les principals persones a qui recórrer en cas d'un problema molt important, seguits del pare, la parella i els amics.
- Hi ha una relació directa entre **fer les seves activitats de forma habitual** i rebre suport de les persones amb què conviu o els familiars més propers.
- En general, estar en un programa de PMM **millora la qualitat de les relacions**. Relaxa tots els membres de la família i això atenua conflictes.
- Reconeixen haver experimentat una **millora en les seves relacions socials** el 67,9%.

NIVELLS DE SUPORT PERCEBUT

A continuació tens una llista de situacions que es poden produir en la teva vida diària. Marca de l'1 al 5 allò que altres persones fan o poden fer per ajudar-te (1 es refereix a tenir menys ajuda de la que desitges i 5 a tenir tanta ajuda com desitges).

	1. gens	2. poc	3. regular	4. bastant	5. molt
1. Tinc invitacions per a distreure'm i sortir amb altres persones	32,6%	17,1%	8,4%	8,7%	27%
2. Rebo amor i afecte	15,4%	16%	6,5%	14%	42,4%
3. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes en el treball i/o a casa	3,6%	7,6%	7%	10,7%	44,7%
4. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes personals i familiars	20,2%	11,2%	6,5%	11,2%	45,2%
5. Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes econòmics	20,5%	9%	5,3%	11,8%	46,1%
6. Tinc persones que es preocupen del que em passa	14%	7,6%	3,9%	11,2%	56,7%
7. Rebo consells útils quan em passa alguna cosa important en la vida	13,8%	6,7%	7,6%	12,9%	52,2%
8. Rebo ajuda quan estic malalt al llit	14%	3,7%	3,7%	7,6%	64%

La puntuació mitjana és de 29,06 (la mitjana esperada és de 24) i una desviació típica de 9,23, essent la puntuació mínima de 8 i la màxima de 40. Hi ha una elevada consistència interna (alfa de Crombach: 0,86). Si ajuntem el «poc» i «gens» tenim entorn d'un 30% que té un baix suport o xarxa sociofamiliar, excepte els 3 darrers ítems que estan entorn del 20%.

Nivells de suport social

(a partir de les puntuacions totals a l'escala anterior)

Baix (8-10)	3,5%
Mitjà baix (11-20)	17,7%
Mitjà alt (21-30)	28,2%
Alt (31-40)	50,6%

En general perceben tenir un bon suport social, tot i que les dones tenen tendència a sentir que reben una mica més de suport social que els homes, sense arribar a la significació estadística (0,07).

FONTS I TIPUS DE SUPORT SOCIAL

Et donen suport les persones amb les quals convius o dels familiars més propers?

Sí, tots	48,6%
Uns sí, uns altres no	37,1%
No	14,3%
(N=356)	

Hi ha un 50,6% a l'escala anterior que assenyalen un nivell alt de suport social i, en aquesta pregunta, un 48,6% diuen que totes les persones properes els donen suport.

Com més gran és el suport rebut per les persones amb les quals conviu hi ha una millora més gran de les relacions amb la família d'origen (han millorat la relació amb la seva família d'origen el 77,8% dels que reben suport de tots, el 65,9% dels que reben suport d'alguns i el 26,1% dels que diuen no rebre suport).

Hi ha una relació directa i estadísticament significativa (0,000) entre fer les seves activitats de forma habitual i rebre suport de les persones amb què conviu o els familiars més propers.

Quin tipus de suport et donen?

(categorització posterior de les respostes obertes donades pels enquestats)

Tot el suport	21,3%
Diferents tipus de suport	29,8%
Suport emocional	22,5%
Suport material	4,2%
Consells	3,4%
Suport en tasques concretes	2%
Cap	1,4%
NS/NC	15,4%

(N=356)

El més freqüent és rebre diversos tipus de suport. El suport emocional és el principal tipus de suport rebut.

A quantes persones podries recórrer davant d'un problema molt important?

Cap	5,1%
1	14,0%
2	25,6%
3	15,7%
4	11,0%
5	10,1%
6	4,8%
Més de 7	12,2%
NS/NC	1,7%

(N=356)

Podrien recórrer a més de tres persones en cas d'un problema molt important el 37,4%.

En cas de marcar una o diverses persones **quina relació tens amb elles?**

(Les respostes eren obertes i s'han categoritzat posteriorment. Els enquestats podien marcar més d'una persona.)

mare	24,3%
germans	18,1%
pare	14,9%
parella	14,4%
amics	11,6%
altres familiars	9,7%
altres	5,1%
NS/NC	1,7%
(N=797)	

Des que estàs en un PMM, com han evolucionat les teves relacions socials amb la gent en general?

Han millorat molt	27,2%
Han millorat	40,4%
Igual	26,7%
Han empitjorat	3,7%
Han empitjorat molt	0,3%
NS/NC	1,7%
(N=356)	

Reconeixen haver experimentat una millora en les seves relacions socials el 67,9%. No apareix una relació estadísticament significativa entre l'evolució de les rela-

cions socials i el temps que fa que està en un PMM, el nivell d'exigència del PMM, el moment de la reinserció laboral en què es troba, el sexe i la valoració del terapeuta sobre la millora de les relacions socials.

En canvi, els **professionals entrevistats** valoren que l'evolució de les relacions socials depèn molt del temps que faci que estan en tractament (a més temps, més millora). Tanmateix, hi ha situacions personals que fan variar aquest criteri. En general milloren quant a la qualitat de les seves relacions. Cal diferenciar nivells. En general, entrar en un PMM relaxa a tots els implicats i això atenua conflictes.

INTEGRACIÓ SOCIOLABORAL

Gairebé la meitat diuen estar inscrits en el Servei Català d'Ocupació i diuen tenir algun problema que els dificulta treballar.

A partir de l'inici en el consum d'opiacis el treball amb contracte va disminuint, l'atur es duplica i la quarta part passa a rebre ajuts econòmics.

Les principals situacions laborals:

- de l'any anterior a consumir heroïna cada dia eren: treball amb contracte, no remuneració per activitat, treball sense contracte;
- de l'any en què començaren a consumir heroïna cada dia eren: treball amb contracte, atur, treball sense contracte;

- de l'any actual són: treball amb contracte, atur, ajudes econòmiques.

Analitzant més aquests tres moments podem observar que:

- **el treball amb contracte** va disminuint progressivament amb el pas del temps,
- **l'atur** es duplica en començar el consum d'heroïna cada dia i es manté en el mateix percentatge fins a l'actualitat. No disminueix malgrat els tres anys i mig que de mitjana fa que estan al PMM i el suport i accés potencial a recursos que pot suposar. El 24,3% dels que fa més de sis mesos que estan en un PMM estan en atur,
- és significatiu l'augment de les **ajudes econòmiques** durant l'any actual. El 23,3% dels usuaris estan rebent en l'actualitat algun tipus d'ajuda econòmica (sobretot per invalidesa i PIRMI).

És un grup amb expectatives diferents envers el mercat laboral i amb assessorament i suport escassos per a aconseguir els seus objectius laborals.

Els que treballen generalment estan satisfets laboralment. Els que estan en atur fa gairebé 4 anys que estan en aquesta situació.

Diuen tenir uns ingressos mensuals inferiors al salari mínim interprofessional.

- Respecte al que volen aconseguir en el món laboral, trobem bàsicament tres grups que volen aconseguir

seguir canvis i que tenen una grandària semblant: els que volen treball a jornada completa, els de treball a temps parcial i els que volen formació sola o combinada amb treball.

- Un terç assenyala que **ningú no els assessora o els dóna suport** per a aconseguir els seus objectius concrets de millora laboral. Això pot indicar un paper escàs del centre de tractament o dels recursos professionals, en general, per a aconseguir aquests objectius.
- La realització de diferents **activitats de formació laboral** durant els últims 2 anys és molt baixa: oscil·la entre el 4 i el 8%.
- Han **buscat feina** durant l'últim any el 42,4%. Un terç ha buscat feina a través de més d'un recurs. El 41,9% ha rebut ofertes de treball els últims dos anys. El 18,5% ha rebut més de dues ofertes de treball els últims dos anys. Acceptaren les ofertes un 53% dels que havien rebut ofertes de treball.
- Els principals **motius per a no acceptar les ofertes** de treball han estat, per aquest ordre: estar ja ocupats, no convèncer-los, els demanaven mobilitat.
- Més de la meitat diu tenir uns **ingressos mensuals** inferiors al salari mínim interprofessional.
- Els que estan **en atur** fa una mitjana de 3 anys i 11 mesos que estan en aquesta situació. Només un terç dels que no treballen assenyala que els seus ingressos provenen d'ajudes tant de la família com d'amics o institucions.
- El 64,25% dels que treballen estan **satisfets laboralment**.

- Gairebé la meitat de la mostra reconeix haver experimentat una **millora en la seva situació laboral**, malgrat que el 38,5% manifesta que està igual que abans d'entrar en el PMM.
- Els que treballen assenyalen nivells més elevats de millora de la seva situació laboral (75,7%) que els que no perceben remuneració per la seva feina o estan en atur (37,5%) i que els que reben ajuts econòmics (28,3%).
- Els que tenen algun **problema crònic de salut** que interfereix en la seva vida estan més en atur i reben més ajuts econòmics que els que diuen que no, però treballen en un percentatge semblant.
- Igualment, els que diuen tenir algun **problema que els dificulta treballar** reben més ajuts econòmics, però tenen menys feina amb contracte i igual nivell d'atur que els que no tenen problemes per treballar.

Quin és el màxim curs i nivell d'estudis que has aprovat?

Estudis primaris, certificat d'escolaritat o educació primària	38,8%
Batxillerat elemental, graduat escolar o ESO	23,3%
Batxillerat superior, BUP, COU, FP de 1r o 2n grau	17,7%
Estudis primaris incomplets	12,6%
No sap llegir ni escriure	2%
Títol universitari de grau mitjà, FP de grau superior (LOGSE)	1,4%
Títol universitari de grau superior	1,1%

Altres titulacions per a les quals es requereix graduat, ESO o equivalents	0,3%
NS/NC	2,8%
(N=356)	

El 40,8% no té el graduat escolar (hi hem inclòs els que diuen no saber llegir ni escriure). El 53,4% té un nivell d'estudis que no supera l'educació primària.

Estàs apuntat al Servei Català d'Ocupació (SCO) o a l'Oficina de Col·locació o a l'INEM?

Sí	48,6%
No	42,1%
No és procedent	6,7%
NS/NC	2,5%
(N=356)	

Tens algun problema que et dificulti treballar?

Sí	48%
No	48%
NS/NC	3,9%
(N=356)	

Hi ha una relació significativa (0,000) entre tenir un problema crònic de salut que interfereix en la seva vida i tenir algun problema que dificulti treballar. Malgrat això, hi ha un 22,3% que diu tenir un problema crònic de salut que no els dificulta treballar.

Hi ha una relació significativa (0,055) entre tenir un problema crònic de salut que interfereix en la seva vida i estar apuntat al SCO: els que tenen algun problema estan apuntats en menor proporció.

Problemes que et dificulten treballar				
		SÍ	NO	TOTAL
Problema crònic de salut que interfereix amb la teva vida	SÍ	138 (41,5%)	74 (22,3%)	212
	NO	28 (8,4%)	92 (27,7%)	120
TOTAL		166	166	

No hi ha relacions estadísticament significatives entre tenir algun problema que li dificulti treballar i tenir fills.

No hi ha relació estadísticament significativa entre rebre ofertes de treball durant l'últim any i el tipus de problemes que dificulten treballar, però hi ha una tendència cap a la significació en el sentit que els que tenen algun tipus de disminució reben menys ofertes (30%), comparats amb els que diuen tenir altres problemes (el 52% d'aquests ha rebut alguna oferta laboral).

Quin tipus de problema et dificulta treballar?

(Només per al 48% que ha respost que té problemes)

Una disminució	27,7%
Un altre problema de salut	40,1%
No puc arriscar-me a perdre les ajudes que tinc	4,5%
Altres	27,7%

(N=177)

Quin és el percentatge de disminució?

La moda estadística s'estableix en el 65% de disminució.

Quina era la teva situació laboral...?

(com a màxim posseu-hi dues opcions per cada any)

	L'any anterior a consumir heroïna cada dia?	Quan vas començar a consumir heroïna cada dia?	Durant aquest any?
1. Estudiant o opositor	10,2%	7,7%	0,3%
2. Servei militar o PSS	5,1%	1,3%	0
3. Aturat, no ha treballat abans	4,8%	6,1%	2,9%
4. Aturat, sí que ha treballat abans	6,4%	17,6%	21,4%
5. Treball sense contracte («treball negre», economia submergida)	16,0%	15,3%	8,3%
6. Treball amb contracte o relació laboral temporal a temps complet	28,1%	23,3%	17,9%
7. Treball amb contracte o relació laboral temporal a temps parcial	5,7%	6,4%	4,8%
8. Teball amb contracte indefinit o autònom a temps complet	5,7%	5,7%	3,8%
9. Treball per a la família sense sou	0,9%	1,6%	0,3%
10. Ajudes econòmiques	0,9%	0,9%	23,3%
11. Curs de formació subvencionat (curs gratuït sense cobrar)	0,6%	0	0
12. Tasques domèstiques exclusivament	0,3%	0,3%	0,3%
13. Altres situacions (presó, etc.)	1,3%	0,6%	1,3%
NS/NC	13,7%	13,1%	12,8%
TOTAL *	313	313	313

* No es va poder fer aquesta pregunta a dos centres (43 entrevistats).

Quina era la teva situació laboral?

(agrupació de les diferents categories de la taula anterior)

	L'any anterior a consumir heroïna cada dia?	Quan vas començar a consumir heroïna cada dia?	Durant aquest any?
No remuneració per activitat (1,2,9,11,12,13)	18,5%	11,5%	2,2%
En atur (tant si ha treballat abans com si no) (3,4)	11,2%	23,6%	24,3%
Treball sense contracte (economia submergida) (5)	16,0%	15,3%	8,3%
Treball amb contracte (6,7,8)	39,6%	35,5%	26,5%
Ajudes econòmiques (10)	0,9%	0,9%	23,3%
NS/NC	13,7%	13,1%	12,8%
TOTAL*	313	313	313

* No es va poder fer aquesta pregunta a dos centres (43 entrevistats).

El 24,3% dels que fa més de sis mesos que estan en un PMM són a l'atur. Segons l'OTD, el 1999, el 48% estava a l'atur quan van iniciar el tractament per a deixar l'heroïna (hem de tenir en compte que aquí entren tot tipus de programes de tractament de l'heroïnomania, no tan sols els PMM).

No hi ha relació estadísticament significativa entre la situació laboral actual i:

- el sexe,
- tenir fills,
- l'evolució de les relacions amb els fills, malgrat que hi ha una tendència a una millora més gran entre els que reben ajuts econòmics,
- l'evolució de la formació professional, malgrat que la tendència és a una millora més gran de la for-

mació professional entre els que treballen amb o sense contracte,

- **L'evolució de les relacions socials**, malgrat que la tendència és que milloren més les seves relacions socials als que tenen feina no remunerada o estan en atur, o reben ajuts que als que tenen feina amb o sense contracte,
- **L'evolució de les relacions amb la família d'origen ni amb l'evolució del temps lliure.**

No hi ha relacions significatives entre l'estat civil i la situació laboral actual, però hi ha una tendència en aquest sentit: els solters tenen el percentatge més alt d'atur o fan feines sense remuneració (38,8%), els separats o divorciats principalment estan treballant amb o sense contracte (48%) i el 39,4% dels casats o en convivència de parella, sense estar casats, treballa amb o sense contracte i tenen el percentatge més alt de rebuda d'ajuts econòmics (35%).

Ajuts econòmics

	L'any anterior a consumir heroïna cada dia	Quan va començar a consumir heroïna cada dia	Durant l'any actual
RMI (PIRMI)	–	–	15
CONTRIBUTIVES:			
• Invalidesa parcial	2	2	1
• Invalidesa total	–	–	3
• Invalidesa absoluta (no compatible amb la feina)	–	–	5
• Jubilació	–	–	1
• Prestació familiar per un fill a càrrec	–	–	–

	L'any anterior a consumir heroïna cada dia	Quan va començar a consumir heroïna cada dia	Durant l'any actual
NO CONTRIBUTIVES:			
• Invalidesa	1	1	35
• Jubilació	–	–	2
• Prestació familiar per un fill a càrrec	–	–	1
SUBSIDIS:			
• Excarceració	–	–	5
• Assistencial	–	–	2
NO AJUTS	267	269	203
NS/NC	43	41	40
TOTAL*	313	313	313

* No es va poder fer aquesta pregunta a dos centres (43 entrevistats).

El **22,4%** dels usuaris que responen a aquesta pregunta (70 persones) estan rebent en la actualitat algun tipus d'ajut econòmic. A la pregunta anterior, eren el 23,3% els que rebien ajuts, aquesta diferència és deguda al fet que algun dels que rebien ajuts no va detallar el tipus d'ajut rebut.

Com creus que el consum de drogues t'ha influït en la teva vida laboral?

Molt positivament	1,7%
Positivament	1,1%
No ha influït	7,9%
Negativament	20,8%
Molt negativament	65,4%
NS/NC	3,1%
(N: 356)	

Què vols aconseguir en el món laboral?

(pots marcar més d'una resposta)

Feina a jornada completa	26%
Ja estic bé així	19,2%
Més de dos motius dels proposats	16,6%
Treball a temps parcial (mitja jornada)	16,4%
Treball i formació	11%
Formació professional	7,6%
NS/NC	3,1%

(N=354)

Respecte a aquesta pregunta i deixant de banda els que diuen ja estar bé així, trobem **quatre grups**: els que volen treballar a jornada completa (26%), els que volen formació sola o combinada amb treball (18,6%), els que volen treballar a temps parcial (mitja jornada) (16,4%) i els que volen una combinació de més de dues opcions (16,6%).

En quin moment del seu procés de reinserció laboral es troba l'usuari?

(segons la valoració que fa el terapeuta de cada entrevistat)

Inicial	23,5%
Mitjà	31,8%
Avançat	19,4%
No és procedent	25,3%

(N=217)

No apareix una relació estadísticament significativa entre el moment en què es troben en el seu procés de reinserció laboral i l'evolució en cap de les diferents àrees estudiades (relacions socials, relació amb la família d'origen, relació amb els fills, laboral, de formació, de temps lliure).

Moment de reinserció de l'usuari en els PMM

Evolució laboral	inicial	mitjà	avançat	TOTAL
Ha millorat	23 (46,9%)	39 (56,5%)	24 (57,1%)	86
Està igual	21 (42,8%)	26 (37,7%)	17 (40,5%)	64
Ha empitjorat	5 (10,2%)	4 (5,8%)	1 (2,4%)	10
TOTAL	49	69	42	160

($p < ,55$)

Et plantejes actualment algun objectiu concret de millora laboral?

Sí 65,2%

No 29,5%

NS/NC 5,3%

(N=356)

T'està assessorant o donant suport algú per aconseguir els teus objectius concrets de millora laboral?

(pots marcar més d'una resposta)

Només jo 29,5%

La família 9,3%

El centre de tractament 7,9%

El centre i la família	2,8%
Diverses persones	21,6%
NS/NC	28,9%
(N=356)	

El centre o els recursos professionals en general tenen, segons els usuaris, un paper escàs per ajudar-los a aconseguir aquests objectius.

Has fet o estàs fent alguna de les següents activitats de formació laboral durant els últims 2 anys?

	SÍ	NO	NS/NC
Escoles taller	5,6%	84,8%	9,6%
Orientació laboral	5,3%	84,3%	10,4%
Formació ocupacional	7,9%	82,9%	9,3%
Tallers d'ocupació	4,5%	85,1%	10,4%
Plans d'ocupació	4,2%	84,8%	11%
Cursos dins del PIRMI	4,8%	84,3%	11%
Altres	10,4%	25,6%	64%

(N=356)

Relacionat amb el paper, escàs paper, dels recursos professionals, hi ha una escassa utilització de les diferents modalitats d'activitats de formació ocupacional, tenint en compte que és una població amb un punt de partida d'elevats dèficits de formació laboral.

Et paguen per assistir al curs?

(només per als que estan en formació ocupacional)

Sí	56,6%
No	43,4%
(N=30)	

Has buscat feina durant l'últim any?

Sí	42,4%
No	47,5%
NS/NC	10,1%
(N=356)	

Han buscat feina durant l'últim any les persones amb el perfil següent:

- Els que tenen menys ingressos (el 62,2% dels que tenen menys de 75.000 pessetes d'ingressos mensuals contra el 48,6%).
- Els que fa menys temps que estan en atur (per exemple dels que fa 1 any o menys, el 20,6% busca feina, contra el 7,2% que no en busca).
- No tenen un problema crònic de salut que interfereixi en la seva vida (70,4% contra el 53,6%).
- Els que fa menys temps que estan en els PMM (busquen feina el 63,1% dels que fa tres anys o menys que estan en els PMM contra el 55,5%).
- Els que estan menys satisfets amb la seva feina (el 13,9% dels que estan poc o gens satisfets contra el 8,9%).
- Els que volen aconseguir feina a temps parcial o jornada completa (52% contra 34,3%).
- Els que tenen un objectiu concret de millora laboral (76,5% contra 62,1%).
- Els que presenten una evolució millor en el seu temps lliure (el 83,8% dels que han tingut alguna millora contra el 73%).
- Viuen sols (16% contra el 10,7% que no busquen

feina. Entre els que viuen en parella, no busquen feina el 32,7% contra el 24,7% que sí que en busca).

- **Tenen judicis pendents** (29,8% contra el 21,3%).
- **Tenen condemnes pendents** (15,2% contra el 10,7%).
- **Tenen penes alternatives a la presó** (14,6% contra el 5,3%).

No hi ha diferències en aquest respecte amb variables com: sexe, nivell d'estudis, evolució de la relació amb la família d'origen, lloc de residència, control al dentista de la salut de la seva boca.

On has buscat feina?

(van respondre només els que van contestar que estan buscant feina a la pregunta anterior; les respostes eren obertes i s'han categoritzat posteriorment)

Més d'un recurs	33,2%
Premsa	18,1%
Empreses, obres	9,1%
ETT, INEM, SCO	8,4%
Pel meu compte	7,8%
Persones clau	6,2%
Botigues, bar, carrer	3,6%
De tot una mica	3,6%
Altres	10,2%

(N=166)

És destacable la poca utilització dels recursos especialitzats en col·locació (ETT, INEM, SCO) i la importància de la xarxa social i comunitària inespecífica.

Has rebut ofertes de treball en els últims dos anys?

Sí	41,9%
No	39,6%
NS/NC	18,5%
(N=356)	

Hi ha una relació directa i estadísticament significativa (0,000) entre buscar feina i rebre ofertes de treball.

Quantes ofertes de treball has rebut en els últims dos anys?

Cap	48,9%
1	9,3%
2	14,9%
3	7,9%
4	4,8%
5	2,2%
Més de 5	3,6%
NS/NC	8,4%
(N=356)	

Les vas acceptar?

(Només per als que van rebre alguna oferta de treball
N=149)

Sí	53,0% (79)
No	39,6% (59)
NS/NC	7,4% (11)
(N=149)	

Hem de tenir present que als totals de les preguntes anteriors hi ha inclosos tant els que reben pensions, com els que treballen i els que no volen treballar.

Quines vas acceptar?

(només per als que van acceptar alguna oferta de treball
N=79)

Totes	51
Paleta	7
Pintor	3
Dependent	3
Neteja	2
Muntador de persianes	2
Recepcionista	1
Xofer	1
NS/NC	9

(N=79)

Quins han estat els motius principals per no acceptar-les?

(només per als que no van acceptar alguna oferta de treball, N=59)

Ja estar ocupat	40,7% (24)
No convèncer-me	27,1% (16)
Demanaven mobilitat	23,7% (14)
Motius personals	8,5% (5)

(N=59)

La teva situació laboral des que estàs en un PMM, com ha evolucionat?

Ha millorat molt	15,4%
Ha millorat	33,1%
Continua igual	38,5%
Ha empitjorat	2,2%
Ha empitjorat molt	1,4%
NS/NC	9,3%

(N=356)

Quasi la meitat de la mostra reconeix haver experimentat una millora a la seva situació laboral, malgrat que el 38,5% manifesta que està igual que abans d'entrar en el PMM. No hi ha una relació estadísticament significativa entre patir o no un problema crònic de salut que interfereixi en la vida i l'evolució de la situació laboral. Els que treballen assenyalen nivells més elevats de millora de la seva situació laboral que la resta. Així es pot apreciar a la taula següent:

Situació laboral actual

	Ha millorat	Està igual	Ha empitjorat	Total
No remuneració/ a l'atur	37,5%	56,8%	5,7%	88
Treball	75,7%	20,6%	3,7%	107
Ajudes econòmiques	28,3%	67,2%	4,5%	67
Total	133	117	12	262

En relació amb la teva formació professional des que vas entrar en un PMM, com has evolucionat?

Ha millorat molt	4,5%
Ha millorat	19,1%
Continua igual	64%
Ha empitjorat	0,6%
Ha empitjorat molt	0,3%
NS/NC	11,5%

(N=356)

Més de la meitat dels enquestats assenyalen que està igual que abans d'entrar en el PMM, pel que fa a la seva formació professional.

Quins ingressos econòmics tens al mes, aproximadament, sigui quina sigui la font a través de la qual els consegueixis?

(fes una mitjana dels últims tres mesos)

Menys de 50.000 ptes.	36%
Entre 50.000 i 75.000 ptes.	18,5%
Entre 76.000 i 100.000 ptes.	10,1%
Entre 101.000 i 150.000 ptes.	18,0%
Entre 151.000 i 175.000 ptes.	4,8%
Entre 176.000 i 200.000 ptes.	3,4%
Entre 201.000 i 250.000 ptes.	2,8%
Entre 251.000 i 300.000 ptes.	1,1%
Més de 300.000 ptes.	1,7%
NS/NC	3,7%

(N=356)

La meitat de la mostra (54,5%) diu tenir uns ingressos mensuals inferiors a 76.000 ptes. (salari mínim inter-professional). El 28,1% diu que ingressa entre una i dues vegades el salari mínim, el 8,2% entre dues i tres vegades el salari mínim i el 5,6% n'obté tres vegades o més. El 13,8% té uns ingressos de més de 151.000 ptes.

Els ingressos dels que estan en atur se situen en menys de 50.000 ptes., mentre que els que reben ajuts econòmics tenen uns ingressos lleugerament superiors. Els que **treballen amb contracte**, evidentment, tenen els ingressos més elevats i els que **treballen sense contracte** tenen uns ingressos que fluctuen entre menys de 50.000 ptes. i més de 100.000 ptes.

Els que viuen en parella tenen uns ingressos més elevats contra els que viuen sols o amb els seus familiars.

No hi ha una relació entre el nivell d'ingressos i el fet de fer control al dentista de la salut de la seva boca.

NOMÉS PER ALS QUE ESTAN A L'ATUR (N=141)

Fa una mitjana de 3 anys i 11 mesos que estan en situació d'atur.

Com aconsegueixes els mitjans o ingressos per viure?
(pots marcar més d'una resposta)

Ajuda de la família	23,9%
M'ajuden esporàdicament els amics	0,5%
Ajudes d'institucions (Càritas, Creu Roja, ajuntament, etc.)	8,3%
«Trapicheo» (tràfic en petita escala)	3,4%
«Otras cosillas» (robatoris, prostitució)	3,4%
Altres	60,5%
(N=205 respuestas diferentes)	

Només un 32,7% dels que no treballen assenyalen que els seus ingressos provenen d'ajudes tant de la família com d'amics o institucions. La família continua sent un suport important no tan sols emocional sinó també material.

NOMÉS PER ALS QUE TENEN ALGUN TIPUS D'OCUPACIÓ LABORAL

Quin grau de satisfacció et proporciona la teva feina actual?

Molta	33%
Bastant	31,2%
Poca	23,2%
Gens	12,5%
(N=112)	

El 64,25% dels que treballen assenyalen que tenen molta o bastant satisfacció laboral.

DIFICULTATS PER A LA SEVA REINSERCIÓ LABORAL

Els professionals entrevistats (EP) i el grup de discussió (GP) consideren que les **dificultats** principals per a la inserció en el món laboral són:

- Dèficits en l'educació bàsica (analfabets funcionals) i necessitat de formació laboral específica (GD).
- Buits de currículum laboral (3 o 4 anys en blanc com a mitjana), però la formació podria superar aquests buits (GD).
- No conèixer el mercat laboral (EP).
- No tenir una professió definida (EP).
- Manca de formació i d'habilitats (EP).
- Poca motivació. Hi ha una excessiva acomodació de l'usuari. Els tractaments perllongats fan que alguns s'acomodin: «els dinosaures de la metadona» (GD).

- La manca d'hàbits en el treball, molta gent entra a treballar i dura dos dies, perquè fa deu anys que no treballa i no pot aguantar una jornada de vuit hores (GD).
- No remuneració dels cursos de formació. Prevalen els criteris d'immediatesa (EP).
- Manca de flexibilitat en el món de l'empresa: «no pots tenir dies dolents» com els que la metadona et provoca (GD). Deteriorament físic que impedeix determinats treballs. No poder treballar, en alguns casos, la jornada completa (EP).
- La dificultat que deixar la metadona t'agafi treballant (GD).
- L'assistència al CAS cada dia, sobretot quan el centre està lluny de la teva residència (GD). Anar al CAS a buscar metadona fins a la seva estabilització a vegades és un període d'acomodació massa llarg (EP).
- Escassos serveis d'assessorament laboral (GD).
- Incompatibilitat de la feina amb el cobrament de la PNC (EP).
- Els estereotips que es tenen sobre ells i el fet que ells a vegades no cuiden la imatge (EP).
- Molts usuaris de metadona no canvien, tenen moltes excuses per no fer res. A això se suma una persona amb una autoestima baixa, que no té formació, que té un buit (...), tot això fa que no es plantegin anar al mercat laboral normalitzat, hi ha una auto-exclusió que fa necessària la presència d'algú que et motivi, que sigui movilitzador (GD).

Hi ha subgrups diferents entre els que prenen metadona (GD):

- La gent que té iniciativa i que realment vol fer coses.
- Els que tenen ganes d'incorporar-se, però tenen moltes dificultats tant amb la metadona, com amb el rebuig social en què es troben.
- Els que estan passius. Amb ells s'hauria de fer un treball de major dedicació per a convèncer-los.
- Els que tenen un ofici bo però s'han quedat endarrerits, per exemple els torners.

Les **necessitats formatives** d'aquesta població, segons els professionals, són fonamentalment de formació bàsica (graduat), i de formació específica (una professió).

Ells no volen formació. En el món de la immediatesa en què estan immersos, la formació és dissonant amb el seu estil. Necessiten un temps llarg de preparació però això no és fàcil, ja que la formació no és remunerada.

S'han de tenir en compte totes les carències que dificulten l'accés laboral, no tan sols s'han de considerar les competències tecnicoprofessionals, sinó també els aspectes com l'autoestima, la competència personal, etc.

Instrumentalitzar algun tipus d'ofici però treballant en profunditat el tema dels hàbits i les normes.

No es tenen prou en compte els aspectes laborals, als programes de metadona (EP). Els CAS i la resta de

programes aporten molt poc al tema de la inserció laboral dels pacients en els PMM. Amb la falta de personal que tenen els CAS no se'ls pot demanar més. Els tractaments que fan als CAS basats només en la metadona no tenen flexibilitat suficient per a combinar-los amb normalitat amb el món laboral, perquè evidentment els que treballen també necessiten tractament.

RELACIONS FAMILIARS

La meitat de la mostra té un fill o més. La quarta part dels fills no viu amb cap dels seus pares.

- La meitat estan solters, la quarta part conviuen en parella, i la cinquena part estan separats.
- Tant els homes com les dones, a mesura que fa més temps que estan en el PMM milloren **les seves relacions amb la família d'origen**, però són els **homes**, que estan els que milloren més la seva relació amb la família d'origen.
- Les relacions amb la família d'origen, amb la parella i amb els fills en els pacients en PMM milloren, però necessiten orientació.
- La quarta part dels infants **no viu amb cap dels seus pares**, aquest és un percentatge que podem considerar elevat.
- La cinquena part de les dones que han tingut fills considera que **no van tenir ajuda suficient durant l'embaràs i el primer any de vida dels seus fills**. La pròpia família és la principal font d'ajuda en aques-

tes situacions. Principalment els ha mancat el suport de la parella i els hagués agradat tenir-lo.

- Les drogues són un **factor de risc** per a l'atenció adequada dels fills. En el cas de les dones, pel sol fet de consumir es posa en dubte la seva capacitat per fer de mare, però no es valora que moltes estan soles. Aquesta realitat és un inconvenient afegit per a la seva inclusió en el món laboral.
- **Els fills dels usuaris generalment no fan demandes**, però viuen situacions de més risc, les quals, els professionals que atenen la toxicomania dels pares no acostumen a tenir en compte. Denunciar la situació de desatenció dels fills dels toxicòmans suposa un **fals dilema per als professionals**, en el sentit d'haver de triar entre els drets dels infants o els dels pacients.

CONVIVÈNCIA I EVOLUCIÓ DE LES RELACIONS

Quin és el teu estat civil?

Solter	52,8%
Separat/divorciat	18%
Casat	13,2%
Convivència de fet	10,4%
Vidu	5,1%
NS/NC	0,6%
(N=356)	

	Amb qui conviviaes 6 mesos abans d'iniciar l'actual PMM? (escull l'opció que va ser més freqüent)	Amb qui has conviscut durant els últims 6 mesos? (escull l'opció més freqüent)
Sol	11,9%	13%
Amb pares, oncles...	41,4%	46,6%
Amb amics	3,7%	4,5%
Amb la meua parella	33,4%	29,9%
En una institució	1,7%	1,1%
Sense domicili	3,4%	0,6%
Amb família d'acollida	0	0
Altres	4,5%	4,2%
TOTAL	353	354

No hi ha canvis substancials i la família es manté al costat estigui consumint drogues o no. Augmenten lleugerament els que viuen amb familiars.

Disminueixen els que no tenien domicili i disminueixen lleugerament els que viuen amb parella (possiblement perquè la parella no consumia i ha deixat la relació, o perquè la parella no ha deixat de consumir i l'usuari ha deixat la relació).

Tant els solters com els separats o divorciats viuen més sovint amb familiars i els casats o en convivència de parella sense estar casats viuen més sovint amb la parella (relació estadísticament molt significativa).

Els que no tenen fills viuen més amb els seus pares, oncles, etc, i els que tenen fills viuen més amb la seva parella i també viuen més sols que els que no tenen fills (relació estadísticament molt significativa).

Col·labores en les tasques domèstiques?

Sí, sempre	60,1%
Sí, a vegades	28,9%
No	9,8%
NS/NC	1,1%
(N=356)	

Hi ha un elevat percentatge de respostes que diuen col·laborar sempre en tasques domèstiques.

Com han evolucionat les relacions amb la teva família d'origen des que estàs en un PMM?

Han millorat molt	27,5%
Han millorat	37,6%
Continua igual	28,4%
Han empitjorat	3,4%
Han empitjorat molt	1,1%
NS/NC	2%
(N=356)	

Hi ha una relació directa i estadísticament significativa (0,000) entre rebre suport de les persones amb les quals conviu o els familiars més propers, i l'evolució de la relació amb la família d'origen.

Tant els homes com les dones, a mesura que fa més temps que estan en el PMM milloren les seves relacions amb la família d'origen (0,041), però és més significativa la millora en el cas dels homes (0,001).

Com ha evolucionat la teva relació de parella des que estàs en un PMM? (pots escollir més d'una resposta)

Ha millorat molt	10,7%
Ha millorat	14,9%
Continua igual	10,1%
Ha empitjorat	1,7%
Ha empitjorat molt	0,3%
Tenia parella i ara no en tinc	21,9%
No tenia parella i ara sí que en tinc	12,4%
No tenia parella i continuo sense tenir-ne	19,7%
Altres	3,1%
NS/NC	5,3%

(N=356)

Et plantejes actualment algun objectiu concret de millora familiar?

Sí	54,5%
No	22,2%
NS/NC	23,3%

(N=356)

Opinions del professionals i del grup de discussió

«Les relacions amb la família d'origen, la parella i els fills en els pacients en PMM milloren, perquè el nucli es tranquil·litza, però tot i així necessiten orientació. La ingesta de metadona no suposa per si sola un canvi en estils de vida: treball, relació social, temps lliure... Tant per a l'usuari com per a la seva família, hi ha aspectes que milloren; el toxicòman està menys perseguit» (EP).

«Hi ha millora si el tractament es fa correctament i no es barreja la metadona amb altres substàncies, però fer-lo bé requereix un nivell alt de motivació i constància que molts no tenen. Cal parlar de **programes i perfils diferents**» (EP).

«En general, **tenen el suport** de les persones amb les quals conviuen o amb els familiars més propers. El suport, en molts casos, és relatiu, ja que hi ha famílies que estan pitjor que ells» (EP)

«Els pacients acostumen a mantenir una relació estreta amb la família d'origen. Si han format família, els fills tenen més relació amb la parella no consumidora (si n'hi ha); però generalment un element important en la cura dels fills és la família extensa. Si són històrics del consum, els fills acostumen a estar amb el cònjuge, els avis, etc.» (EP).

«Amb la família s'han de plantejar intervencions a llarg termini, atès que està cronificada en la rigidesa de pautes relacionals que mantenen amb el toxicòman» (EP).

«Els CAS, si s'ajusten a la demanda institucional, no tenen per què entrar en els temes relacionals i de detecció d'altres necessitats, però seria un lloc idoni per a **detectar i prevenir**, per exemple, la situació d'homes consumidors que són vidents amb la parella o els fills (això està associat, sobretot, a situacions de penúria socioeconòmica: els fills d'aquestes parelles estan en una situació d'alt risc que no es considera des d'aquests dispositius» (EP).

«Les famílies de les persones en PMM apareixen poc als programes, les seves necessitats es tenen molt poc en compte. L'atenció als usuaris té a veure amb evitar la conflictivitat social, no s'atén els pacients d'una forma integral considerant els aspectes psicosocials i els familiars» (EP).

SOBRE ELS FILLS

Quants fills propis tens o has tingut?

(inclou només els fills propis, no els de la teva parella)

Cap	50%
1	29,4%
2	12,7%
3	3,1%
4	3,1%
5	1,1%
Més de 5	0,6%
(N=354)	

La meitat de la mostra té un fill o més. Tenen fills el 41,2% dels homes i el 73,2% de les dones enquestades. Fa 12 anys, entre els que començaven tractaments per deixar els opiacis, el 22,6% tenia algun fill (Plan Nacional sobre Drogas, ECHT, 1988). Aquesta proporció era més elevada entre les dones (34,2%) que entre els homes (20%). L'estudi fet a Barcelona el 1986 diu que tenien fills el 23,2% de la mostra, i el 1991 s'havia incrementat al 32,7% (Escudero, 1996).

NOMÉS PER ALS QUE TENEN FILLS

Amb qui viuen ara?

(categorització posterior de les respostes obertes donades pels enquestats)

Amb l'enquestat/da	67,4%
Amb la seva parella	7,4%
Amb familiars	17,1%
Amb família aliena	3,4%
Altres	4,6%
(N=175)	

El 25,1% dels fills no viu amb cap dels seus pares, percentatge que podríem considerar elevat.

Necessites o necessiteu algun suport per a millorar la seva atenció i educació?

(categorització posterior de les respostes obertes que han donat els enquestats)

No	52,5%
Recursos econòmics	14,1%
Diferents tipus de recursos	11,3%
Sí (sense especificar)	10,2%
Recursos psicològics	2,8%
Recursos educatius	1,3%
NS/NC	7,8%
(N=177)	

Quasi el 40% diu que necessitarien més suport, la qual cosa ens pot fer pensar en el fet que, si són persones que viuen en medis amb carències, caldria donar més suport en aquest aspecte concret.

Des que estàs en un PMM, la relació amb els teus fills, l'atenció cap a ells i la seva cura com ha evolucionat?

Han millorat molt	32,2%
Han millorat	27,1%
Continuen igual	28,8%
Han empitjorat	3,9%
Han empitjorat molt	0
No és procedent	3,9%
NS/NC	3,9%
(N=177)	

Per al 59,3% ha millorat l'atenció als fills des que s'ha iniciat un PMM.

No hi ha una relació estadísticament significativa entre rebre suport de les persones amb les quals conviu o els familiars més propers, i l'evolució de la relació amb els fills.

Opinions dels professionals i del grup de discussió

«Els fills necessiten algun suport per a millorar la seva atenció i educació, però **no d'acord amb recursos específics per a aquest col·lectiu**. En algun CAS s'ha creat un espai transversal: diversos serveis com a espai de salut, interacció i oferta de pautes educatives per a mares i pares de nens i nenes de 0 a 2 anys» (EP).

«Dins de la manca d'atenció que poden patir els diferents membres de la família, hi hauria diferències: els pares dels usuaris són els «patidors», i reclamen o plantegen demandes als serveis. **Els fills dels usuaris, que generalment no demanen, viuen situacions de més risc**

que no tenen en compte els professionals que atenen la toxicomania. Sovint es fan lleis però no es generen els recursos per dur a terme el seu compliment» (GD).

«S'han de prioritzar més els drets dels infants que el procés terapèutic dels toxicòmans. Caldria treballar la unitat familiar, sense que ningú en surti perjudicat. Els infants han d'estar en situació de risc molt greu perquè es plantegi algun tipus d'intervenció protectora. En aquest tema hi ha criteris molt diferents i no sempre preval l'interès de l'infant. Els infants desatesos repetiran els esquemes que han après. Si no pots estar per a tu, difícilment podràs estar per a una persona que tens al costat i que et necessita? Els terapeutes tenen la informació dels usuaris i aquests no explicaran fàcilment els problemes que tenen els fills, sinó els que els dona la droga» (GD).

«Denunciar la situació de desatenció dels fills dels toxicòmans pot suposar un dilema per als professionals: «si denuncio a l'EAIA aquesta situació pot fer que l'usuari caigui en picat». Moltes cops el professional s'inhibeix o diu que no té prou informació. És cert que cal tenir cura, pot ser que protegint l'infant estiguem condemnant el pare, és una qüestió ètica i caldrà buscar un equilibri» (GD).

«Aquest debat hauria d'existir entre els diversos professionals: com intervenir en la infància en risc quan hi ha un tractament per drogodependència entremig?, uns exerceixen l'ajut i uns altres el control?, com atendre els menors sense vulnerar els drets dels adults?» (GD).

El 27% de la mostra eren dones (N=97) i havien tingut fills el 73,2% de les dones (N=76).

Has obtingut ajuda suficient durant l'embaràs i el primer any de vida dels teus fills?

Molta	25,0%
Bastant	39,5%
Poca	6,6%
Gens	11,8%
NS/NC	17,1%
(N=76)	

El 18,4% és un percentatge força alt, i és un indicador més de la probable situació de risc reconeguda pels mateixos pares quant a l'aïllament social i al suport en l'atenció als fills.

De qui vas obtenir ajuda?

(categorització posterior de les respostes obertes donades per les enquestades)

Família pròpia	34,2%
Parella	7,9%
Serveis socials	6,6%
Família de la parella	3,9%
Amics	2,6%
Altres ajudes	39,5%
NS/NC	5,3%
(N=76)	

De qui t'hagués agradat rebre ajuda?

(categorització posterior de les respostes obertes donades per les enquestades)

He tingut ajuda suficient	22,4%
Parella	19,7%
Família	11,8%
Diverses ajudes	7,9%
Mare	3,9%
Germans	3,9%
De tot tipus	3,9%
Institucions	2,6%
NS/NC	23,7%
(N=76)	

Una quarta part de les dones considera que va tenir prou ajuda durant l'embaràs i el primer any de vida dels seus fills.

Opinions dels professionals i del grup de discussió

«Els professionals entrevistats pensen que les majors dificultats que tenen les dones que són mares i estan en els PMM no són especialment diferents que les que tenen la resta de mares amb dificultats de diversa índole. Tenen els mateixos problemes: combinar l'atenció als infants (accés a guarderies) amb la formació laboral, la qual té, en general, un horari més extens i estricte. Tenir infants al seu càrrec augmenta les dificultats per a accedir al món laboral» (EP).

«Aquestes dones necessiten la mateixa ajuda que les dones en general per a accedir al mercat laboral i han de

cuidar els seus fills. Els cal el mateix que a la resta de dones de col·lectius desfavorits: articulació de dispositius d'ajuda, suport i cura dels fills per a poder accedir als recursos» (EP).

«Es posa en dubte la seva capacitat de fer de mare pel fet de consumir drogues. Es dubta de les seves capacitats de contenció i de cura. Moltes d'elles estan soles, i això és una dificultat afegida per a la seva incorporació laboral» (EP).

«La droga és un factor de risc per a l'atenció adequada dels fills i els centres que realitzen els PMM haurien d'estar preparats per a atendre aquests aspectes de la vida de les persones. La majoria tenen suspesa la tutela dels seus fills» (GD).

SALUT I CONSUM DE DROGUES

Pateix algun problema crònic de salut que interfereix en la seva vida el 62,9%. La meitat no segueix un control de la salut de la boca en el dentista, perquè ho consideren car. Dormen vuit hores al dia.

La reducció del consum de substàncies sembla major en el cas de la cocaïna.

- Pateix algun problema crònic de salut que interfereix en la seva vida el 62,9%. Fa seguiment mèdic d'aquests problemes el 78,5%.
- El 57,3% no segueix un control en el dentista de la

salut de la boca. El 40,7% no ho fa perquè ho considera car.

- El 34,6% fa un menjar al dia (calent i assegut a taula).
- La mitjana d'hores dedicades a dormir és de 7,9.
- La reducció del consum de substàncies sembla major en el cas de la cocaïna (malgrat que admeten consumir-la diàriament o amb freqüència el 9,2%), seguida de l'alcohol i en menor mesura de les pastilles.

Pateixes algun problema crònic de salut que interfereixi en la teva vida?

Sí	62,9% (224)
No	33,7% (120)
NS/NC	3,4% (12)
(N=356)	

NOMÉS PER ALS QUE DIUEN PATIR ALGUN PROBLEMA CRÒNIC

Saps si tens dret a alguna ajuda per això?

Sí	53,1%
No	37,9%
NS/NC	8,9%
(N=224)	

Fas un seguiment mèdic d'aquests problemes?

Sí	78,5%
No	21,5%
(N=224)	

Respecte als que no fan cap seguiment, podríem parlar d'un cert desinterès, apatia i desmotivació.

Cada quan fas aquest seguiment mèdic?

La mitjana és de 4 mesos

Segueixes un control al dentista de la salut de la teva boca?

Sí	42,1%
No	57,3%
NS/NC	0,6%

NOMÉS PER ALS QUE NO FAN CONTROL

Per què no fas cap control al dentista de la salut de la teva boca?

(categorització posterior de les respostes obertes donades pels enquestats)

Car	40,7%
No el necessito	12,6%
No m'agrada	12,6%
Diversos motius	16,9%
NS/NC	17,3%

(N=231)

Un percentatge elevat **no fa cap control de la salut de la seva boca** (57,3%). No hi ha una relació estadística significativa entre patir o no un problema crònic de salut que interfereixi en la seva vida, i el motiu principal per no seguir un control al dentista de la salut de la boca és l'elevat cost econòmic.

No hi ha relació entre seguir un control de la salut bucal al dentista i els **ingressos econòmics**. Tanmateix, quan es relacionen els motius pels quals no fan control

de la salut de la boca al dentista i els ingressos, trobem que els que tenen menys ingressos mensuals assenyalen més el motiu que «és car» (54,3%), i a mesura que s'incrementen els ingressos econòmics mensuals és menys assenyalat (40%, al 26,6% i 18% respectivament).

Quants menjars calents (dos plats assegut a taula) fas al dia?

Un	34,6%
Dos	39,4%
Tres	13,5%
Més de tres	2,8%
Cap	2,3%
Depèn	6,5%
NS/NC	0,8%

Quantes hores dorms aproximadament?

(entre el dia i la nit)

El nombre d'hores dedicades a dormir pels enquestats (N=343) és de 7,9 com a mitjana, amb una desviació estàndard de 2,20.

Opinions dels professionals i del grup de discussió

«Quan una persona entra en un programa de metadona, si no consumeix altres drogues, aquest li permet començar a funcionar, treballar, estudiar. El problema sorgeix quan es planteja deixar-la, apareix una por a quedar-se sense res... Entre la població toxicòmana s'ha creat la creença que la síndrome d'abstinència a la metadona és molt més forta... Probablement el que passa és que és diferent, ara bé, els moments dolents els passes igualment» (GD).

«T'has de recuperar, des del moment en què deixes la metadona fins que et trobes bé emocionalment i físicament, passes per un procés lent. T'has d'anar acostumant a aquesta por a «no suportar el mal trago», al fet que et pugui durar toda la vida, al fet que cada dia t'aixequis amb els pèls de punta»... «Alguna cosa passa químicament dins teu, quan prens metadona i quan la deixes. Si no estàs informat no entens els senyals: les percepcions de les coses, les sensacions, les emocions, tot et canvia. Aquest temps és un temps de por que has d'aguantar. Com més gran sigui el temps de tractament potser més gran serà el temps que necessitis per a acostumar-te a no prendre res» (GD).

«Els tòpics socials: rendiran menys des d'una perspectiva de guanys empresarials (rendiment menor d'alguns d'aquests usuaris). Els aspectes de salut més deficitaris que poden influir més en el tema laboral són:

- deteriorament mental produït per la substància: incoherència en el discurs, memòria làbil, poca cura de la seva persona,
- deteriorament de la salut (problemes hepàtics, HIV...) que els fa estar més cansats i ser menys resistents físicament.

«Hi ha un abisme entre l'oferta laboral limitada i les possibilitats de moltes d'aquestes persones. S'hauria de fer una «reinserció a la carta». La gent amb més problemes de salut no pot treballar 8 hores: necessitarien treballs menys durs físicament (que paradoxalment són els treballs durs als que més fàcilment poden accedir per la

seva falta de qualificació) i en alguns casos els caldria major flexibilitat horària per acudir a visites mèdiques, tractaments, controls, etc.» (EP).

CONSUM DE DROGUES

Podries indicar quines drogues prenies o estàs prenent i amb quina freqüència?

		6 mesos abans del PM	6 últims mesos
Alcohol	diàriament	28,4%	8,4%
	amb freqüència	6,7%	6,2%
	esporàdicament	19,4%	27,2%
	mai	34,3%	47,5%
	NS/NC	11,2%	10,7%
	TOTAL	356	356
Pastilles	diàriament	31,7%	23,6%
	amb freqüència	8,4%	2,2%
	esporàdicament	17,4%	12,1%
	mai	31,5%	51,1%
	NS/NC	11,0%	11,0%
	TOTAL	356	356
Cocaïna	diàriament	27,2%	3,1%
	amb freqüència	14,3%	5,1%
	esporàdicament	30,3%	25,6%
	mai	18,0%	55,6%
	NS/NC	10,1%	10,7%
	TOTAL	356	356
Heroïna	diàriament	83,7%	1,4%
	amb freqüència	4,2%	2,0%
	esporàdicament	1,4%	12,4%
	mai	0,8%	73,9%
	NS/NC	9,8%	10,4%
	TOTAL	356	356

La reducció del consum de substàncies sembla ser més gran en el cas de la cocaïna (malgrat que admeten consumir-la diàriament o amb freqüència el 8,2%), seguit de l'alcohol i en menor mesura de les pastilles. No estava previst fer anàlitiqes d'orina que confirmessin les informa-

cions dels pacients. Una limitació metodològica en aquesta pregunta ha estat no haver-se especificat la diferència entre pastilles receptades i les que no ho eren.

El **grup de discussió** opina que s'hauria de valorar què passa amb l'augment del consum de cocaïna entre els que prenen metadona, ja que aquesta és la substància principal que es consumeix «si te quieres poner».

Igualment, el grup assenyala que és important **impulsar la finalització del tractament** i pensar que les ajudes inicials no han d'ésser necessàriament per sempre. «Hi ha l'esperança que el toxicòman se'n surti (es curi) i per això les ajudes han de ser provisionals. El medicament-droga ocasiona dany com més temps passi. El medicament fa que el teu cos no generi allò que pel seu compte ha de generar. La metadona és com un tap i com més temps es prengui serà més difícil de destapar»... «Els programes de metadona, per molta gent, són un temps mort, la gent no pensa, és com «mentre prenc metadona no consumeixo».

ASPECTES LEGALS

La meitat de les persones que tenen problemes amb la justícia considera que els judicis o condemes pendents són prou importants per dificultar la seva activitat laboral o formativa.

Els usuaris que diuen haver estat a la presó durant el PMM han utilitzat més recursos que els que no hi han estat.

- Han estat alguna vegada a la presó mentre estaven en un PMM el 22,8%.
- Tenen judicis pendents el 27%.
- Tenen condemnes pendents el 13,8%. Aquests busquen feina lleugerament superior, tenen més objectius concrets de millora laboral i manifesten tenir més problemes que els dificulten treballar que els que no tenen condemnes pendents.
- El 50,9% dels que tenen judicis o condemnes pendents considera que aquests són prou importants per a dificultar molt o bastant la seva activitat laboral o formativa.
- Està complint alguna pena alternativa a la presó el 9%.
- Està informat de l'existència de penes alternatives a presó el 75,4%.
- Considera que no té suport legal suficient el 40,9%.
- El 25,2% ha vist interromput el seu PMM pel fet d'haver estat alguna vegada a la presó.

Has estat alguna vegada a la presó mentre estaves en un PMM?

Sí	22,8%
No	70,2%
NS/NC	7%
(N=356)	

Tens judicis pendents?

Sí	27%
No	72,2%
NS/NC	0,8%
(N=356)	

Tens condemnes pendents?

Sí	13,8%
No	83,7%
NS/NC	2,5%
(N=356)	

Estàs complint alguna pena alternativa a la presó?

Sí	9%
No	86%
NS/NC	5%
(N=356)	

NOMÉS PER ALS QUE TENEN CONDEMNES O JUDICIS PENDENTS**Estàs informat de l'existència de penes alternatives a la presó?**

Sí	75,4%
No	24,6%
(N=110)	

Creus que els teus judicis o condemnes pendents són prou importants per dificultar la teva activitat laboral o formativa?

Molt	30,0%
Bastant	20,9%
Poc	15,4%
Gens	26,4%
NS/NC	7,3%
(N=110)	

Creus que tens suport legal suficient?

Sí	50,0%
No	40,9%
NS/NC	9,1%
(N=110)	

Se t'ha interromput el PMM pel fet d'estar a la presó?

Sí	25,2%
No	74,7%
(N=81)	

Els usuaris que diuen haver estat a la presó durant el PMM han utilitzat més recursos que els que no han estat a la presó. Els recursos més utilitzats han estat els següents:

- serveis d'urgències (60,5% contra 45,2%),
- unitat de desintoxicació hospitalària (32,1% contra 25,6%),
- comunitat terapèutica (28,4% contra 20,5%),
- tallers (25,9% contra 17,6%),
- cursos de formació (24,7% contra 18%),
- centre de dia (24,7% contra 14,4%),
- associacions extoxicòmans (16,3% contra 9,2%),
- programes de reinserció sociolaboral (14,8% contra 8,4%).

Els que no han estat a la presó durant el PMM han utilitzat més:

- amics (46,4% contra 39,5%),
- grups terapèutics de suport (19,2% contra 12,3%).

Tant si han estat a la presó com si no hi han estat, han utilitzat més o menys igual els recursos següents: visites mèdiques del CAS, visites al terapeuta del CAS, analítiques d'orina, pisos de reinserció, Servei Català d'Ocupació, serveis socials, albergs, menjadors i voluntaris.

El grup de discussió opina que «la metadona es considera una panacea política, i no està prou considerada la persona. Es pal·lia el problema del consum de drogues amb una altra droga legal per tal que se solucioni l'alarma social que produeix el toxicòman i baixa la delinqüència, coses que interessin políticament i socialment. Els programes faciliten el gueto d'un tipus de població molt concreta per tenir-la controlada».

VALORACIONS COMPARATIVES SOBRE QUALITAT DE VIDA

En totes les dimensions de qualitat de vida analitzades, les valoracions de millora són més grans quan les fan els mateixos usuaris que quan les fan els seus terapeutes.

Els usuaris i els seus terapeutes coincideixen a assenyalar que la situació laboral i la formació professional són les dimensions que menys milloren.

Les àrees que més milloren, tant segons els usuaris com segons els terapeutes, són: el temps lliure, les relacions socials i les relacions amb la família d'origen.

Les dimensions de qualitat de vida dels usuaris en què hi ha més concordança amb la valoració que fan els seus terapeutes són: les relacions amb la família d'origen i la formació professional.

- Hi ha una coincidència general entre els usuaris i els terapeutes sobre quines són les tres àrees que milloren més: **temps lliure** (76,7% segons els usuaris i 50% segons els seus terapeutes), **les relacions socials** (67,9% i 50,4% respectivament), i **les relacions amb la família d'origen** (65,1% i 55%, respectivament). Pels usuaris l'àrea de major millora és el temps lliure i pels terapeutes és la de les relacions amb la família d'origen.
- Els usuaris assenyalen que **empitjoren** més el temps lliure i les relacions amb la família d'origen, mentre que els terapeutes consideren que empitjoren més les relacions amb els fills, les relacions socials en general i la situació laboral.
- No apareix una relació estadísticament significativa entre l'evolució en diferents àrees (les relacions socials, la relació amb la família d'origen, la relació amb els fills, el món laboral, la formació, el temps lliure) i el nivell d'exigència del PMM ni amb el moment del seu procés de reinserció laboral

A continuació presentem dos tipus de comparacions:

- a) comparació de **grups**,
- b) comparació **subjecte a subjecte**.

a) **Comparació de grups.** Les valoracions dels 355 usuaris es van comparar amb les valoracions dels terapeutes sobre 218 usuaris (vegeu les taules següents).

Com han evolucionat aquests aspectes des que aquest usuari està en un PMM?

	Temps lliure		Relacions socials	
	usuaris	terapeutes	usuaris	terapeutes
Ha millorat molt	31,2%	11,1%	27,3%	7,3%
Ha millorat	45,5%	38,9%	40,6%	43,1%
Igual	16%	42,1%	26,8%	37,6%
Ha empitjorat	5,3%	3,2%	3,7%	6,4%
Ha empitjorat molt	0,3%	1,4%	0,3%	2,8%
No és procedent		0,9%		1,4%
NS/NC	1,7%	2,3%	1,4%	1,4%
TOTAL	355	216	355	218

	Formació/estudis		Situació laboral	
	usuaris	terapeutes	usuaris	terapeutes
Ha millorat molt	4,5%	2,8%	15,4%	7,8%
Ha millorat	19,1%	11,1%	33,1%	25,8%
Igual	64%	65,9%	38,5%	46,5%
Ha empitjorat	0,6%	1,8%	2,2%	7,8%
Ha empitjorat molt	0,3%	0,5%	1,4%	1,4%
No és procedent		16,6%		10,1%
NS/NC	11,5%	1,4%	9,3%	0,5%
TOTAL	356	217	356	217

	Relació amb la família d'origen		Relació amb els fills	
	usuaris	terapeutes	usuaris	terapeutes
Ha millorat molt	27,5%	14,2%	32,2%	8,3%
Ha millorat	37,6%	40,8%	27,1%	41,6%
Igual	28,4%	35,3%	28,8%	29,7%
Ha empitjorat	3,4%	3,7%	3,9%	4,7%
Ha empitjorat molt	1,1%	1,8%	0	4,7%
No és procedent		2,3%	3,9%	*
NS/NC	2%	1,8%	3,9%	10,7%
TOTAL	356	218	177	84

Per a afavorir la comparació s'han eliminat les respostes de «no és procedent» perquè corresponien als usuaris que no tenien fills.

Hi ha algun tipus de millora des que estan en un PMM en:

	Usuaris	Terapeutes
• temps lliure	(76,7%)	(50%)
• relacions socials	(67,9%)	(50,4%)
• relacions amb la família d'origen	(65,1%)	(55%)
• amb els fills	(59,3%)	(49,9%)
• situació laboral	(48,5%)	(33,6%)
• formació professional	(23,6%)	(13,9%)

No hi ha cap tipus de millora des que estan en un PMM en:

	Usuaris	Terapeutes
• formació professional	(64%)	(65,9%)
• situació laboral	(38,5%)	(46,5%)
• relacions amb la família d'origen	(28,4%)	(35,3%)
• relacions socials	(26,8%)	(37,3%)

• relació amb els fills	(28,8%)	(29,7%)
• temps lliure	(16%)	(42,1%)
• relació de parella	(10,1%)	(20,8%)

Novament coincideixen ambdós grups a assenyalar la situació laboral i la formació professional com les dimensions que es mantenen més invariables.

Hi ha algun tipus d'empitjorament des que estan en un PMM en:

	Usuaris	Terapeutes
• temps lliure	(5,6%)	(4,6%)
• relacions amb la família d'origen	(4,5%)	(5,5%)
• relacions socials	(4%)	(9,2%)
• relació amb els fills	(3,9%)	(9,4%)
• situació laboral	(3,6%)	(9,2%)
• relació de parella	(2%)	(7%)
• formació professional	(0,9%)	(2,3%)

b) **La comparació subjecte a subjecte** (les respostes dels 218 usuaris amb les valoracions dels seus respectius terapeutes), un cop s'han aparellat cada usuari amb el seu terapeuta. Les dimensions de qualitat de vida dels usuaris en què hi ha més concordança amb la valoració que fan els seus terapeutes són:

- relacions amb la **família d'origen** (nivell de concordança Kappa del 0,009),
- **formació professional** (nivell de concordança Kappa del 0,005).

VALORACIONS SOBRE ELS RECURSOS

La valoració de la utilitat del PMM en conjunt és molt elevada (94,8%). Malgrat això, la majoria dels enquestats assenyalen que els ha mancat algun tipus de recurs. Els usuaris dels PMM i els seus terapeutes coincideixen en el fet que els recursos que els ha mancat principalment són els de tipus laboral.

L'atenció a les famílies dels usuaris i els aspectes laborals no estan tinguts prou en compte als PMM. Els CAS i la resta de programes podrien aportar molt més al tema de la inserció laboral i sociofamiliar dels pacients en PMM.

- El 41,6% ha estat en llista d'espera per accedir a algun recurs durant el programa de metadona.
- La majoria d'enquestats (69,4%) assenyalen que li ha mancat algun tipus de recurs, els terapeutes d'aquests usuaris consideren que els ha mancat recursos al 35,7%.

Nivell d'utilització de recursos

En opinió dels usuaris, sobre una llista de 19 recursos terapèutics, els vuit recursos més utilitzats, per ordre de més utilitzat a menys, són:

- visites mèdiques al CAS,
- analítiques d'orina,
- visites al terapeuta del CAS,

- serveis d'urgències,
- serveis socials,
- amics,
- unitat de desintoxicació hospitalària,
- comunitat terapèutica.

Els vuit recursos menys utilitzats, per ordre de més utilització a menys, són:

- tallers,
- grups terapèutics de suport,
- centre de dia,
- associacions d'extoxicòmans,
- albergs,
- voluntaris,
- programes de reinserció sociolaboral,
- pisos de reinserció.

Nivell d'utilitat dels recursos

Els vuit recursos valorats com a més útils pels usuaris, per ordre de més utilització a menys, són:

- associacions d'extoxicòmans,
- voluntaris,
- visites mèdiques al CAS,
- grups terapèutics de suport,
- centre de dia,
- programes de reinserció sociolaboral,
- cursos de formació,
- visites al terapeuta del CAS.

Excepte les visites mèdiques i les visites al terapeuta, la resta són recursos amb una **utilització relativament baixa**. Podem suposar que en general són recursos que haurien de ser potenciats per a una major eficiència del PMM, ja que són recursos que atenen necessitats importants d'aquest col·lectiu.

Els grups terapèutics de suport i les visites amb el terapeuta del CAS, malgrat ser dels recursos valorats millor (83,3% i 79,2% respectivament), són poc recomanats pels professionals. Un percentatge elevat d'usuaris assenyalen que **no se'ls ha ofert** (56,5% i 16,6% respectivament).

Els quatre recursos valorats com a menys útils, per ordre de més a menys satisfacció, són:

- albergs,
 - unitat de desintoxicació hospitalària,
 - comunitat terapèutica,
 - Servei Català d'Ocupació.
-
- Els usuaris que diuen haver estat a la presó durant el PMM han utilitzat més recursos que la resta d'usuaris dels PMM.
 - Coneixen alguna revista editada per a usuaris de programes de metadona el 68%, la revista més coneguda és *Metamorfosis*.

Dos terços dels usuaris comenten aspectes a afegir als PMM. La demanda principal no és de recursos econòmics, sinó de millores en l'administració de la metadona, més professionals i algun tipus de recurs: temps lliure, material, laboral...

Per als professionals, els problemes principals dels PMM actuals són:

- La metadona com a alternativa única. Donar una substància sense tenir en compte res més pot fer que augmenti el consum d'altres substàncies. La rigidesa del plantejament actual, en què tot passa per adquirir metadona.
- La burocràcia. S'hauria de prescriure i dispensar des dels centres de salut amb la recepta obligatòria i un seguiment estret, com qualsevol altre tractament de salut. La dispensació no està organitzada per donar facilitats a l'usuari: serveis únics (CAS) i territorialitzats (obliga a fer desplaçaments llargs en alguns casos), els ambulatoris no l'han integrat i les farmàcies no estan obligades a expendre-la com qualsevol altre medicament.
- No cooperació interprofessional per buscar la integració sociolaboral.
- Programes amb metadona excessivament llargs.
- Tractament poc integral en què es tenen poc en compte els diferents vessants de la vida de les persones. Excessiva medicalització.

- L'opinió pública entén poc la metadona com a psicofàrmac. Falta acceptació social i l'administració hauria d'ajudar més en aquest aspecte.
- La xarxa assistencial hauria de considerar que el tractament amb metadona no és l'objectiu final. Això no tan sols s'ha de dir, sinó també s'ha de treballar perquè no sigui així.
- Pressió assistencial excessiva: no hi ha suficient dotació de personal per atendre d'una manera integral aquest tipus de població. Cal més suport professional.
- Nivells de deteriorament de gran part de la població usuària.
- Policonsum dels menys compromesos amb el tractament.

Les necessitats que els professionals creuen més prioritàries respecte a les persones que estan en els PMM són:

- Atenció més integral: laboral, salut, psicosocial, com a marc per a la metadona.
- Facilitar l'extensió de la dispensació: integrar les farmàcies i els ambulatoris.
- Donar més alternatives d'ocupació del temps lliure (sense remuneració) i més alternatives laborals (remunerades).
- Assessorament en temes legals.
- Elaborar un pla interdepartamental centrat en aquest col·lectiu amb objectius operatius avaluable per valorar la seva eficàcia.
- Entrenar la família per millorar les habilitats educatives i relacionals.

- Perspectiva laboral: afavorir que la patronal tingui una visió més real de l'usuari i es comprometi en la seva integració públicament.
- Alguns necessitarien més ajut per al canvi; calen més mitjans i que siguin més flexibles els requisits per oferir coses més reals: albergs, pisos assistits o suports més estables per als més deteriorats.
- Diversificar programes que s'adaptin a diferents perfils d'usuaris.

Has utilitzat/estàs utilitzant durant el tractament...?	SÍ	NO	NS/NC
Tot el PMM	91,6%	3,1%	5,3%
Visites mèdiques al CAS	89,9%	8,1%	2%
Analítiques d'orina	86,8%	9,8%	3,4%
Visites al terapeuta del CAS	63,8%	34,6%	1,6%
Serveis d'urgències	47,2%	44,7%	8,1%
Serveis socials	44,4%	50,6%	5%
Amics	43,8%	47,8%	8,4%
Unitat de desintoxicació hospitalària	25,8%	66,3%	7,9%
Comunitat terapèutica	21,9%	69,9%	8,2%
Servei Català d'Ocupació	21,6%	70,8%	7,6%
Menjadors	20,8%	71,1%	8,1%
Cursos de formació	18,8%	72,5%	8,7%
Tallers	18,5%	73%	8,5%
Grups terapèutics de suport	16,9%	75,8%	7,3%
Centre de dia	16,6%	76,1%	7,3%
Associacions d'extoxicòmans	13,5%	81,5%	5%
Albergs	11,5%	78,7%	9,8%
Voluntaris	11,2%	78,9%	9,9%
Programes de reinserció sociolaboral	9,6%	81,7%	8,7%
Pisos de reinserció	6,2%	85,1%	8,7%

(N=331 per a cada pregunta)

Hi ha una utilització baixa dels diferents recursos, la qual està en concordança amb les necessitats (aspectes laborals i familiars, etc.) que han de tenir més cobertes. Es tracta de recursos:

- **d'inserció sociolaboral** (Servei Català d'Ocupació, cursos de formació, tallers, programes de reinserció, pisos),
- **de suport social** (de voluntaris i associacions d'exuuaris),
- **grups terapèutics de suport** (el recurs del catàleg de recursos del CAS menys utilitzat).

Has utilitzat/estàs utilitzant durant el tractament...?	Sí	Valora la utilitat que per tu suposa/ha suposat utilitzar...				
		molt	bastant	poc	gens	N
Tot el PMM	91,6%	49,7	45,1	4,5	0,6	308
Visites mèdiques al CAS	89,9%	28,9	57,4	9,6	4,0	322
Analítiques d'orina	86,8%	26,7	49,6	10,8	12,8	296
Visites al terapeuta del CAS	63,8%	29,0	50,2	12,5	8,2	231
Serveis d'urgències	47,2%	42,8	32,9	7,4	16,8	161
Serveis socials	44,4%	26,1	40,5	18,9	14,4	153
Amics	43,8%	26,7	47,8	12,7	12,7	157
Unitat de desintoxicació hospitalària	25,8%	18,9	37,7	11,1	32,2	90
Comunitat terapèutica	21,9%	21,3	29,3	12,0	37,3	75
Servei Català d'Ocupació	21,6%	4,3	44,3	20,0	31,4	70
Menjadors	20,8%	25,3	46,5	15,5	12,7	71
Cursos de formació	18,8%	33,8	45,6	11,7	8,8	68
Tallers	18,5%	27,1	48,6	17,1	7,1	70
Grups terapèutics de suport	16,9%	31,9	51,4	8,3	8,3	72
Centre de dia	16,6%	36,2	46,5	8,6	8,6	58

Has utilitzat/estàs utilitzant durant el tractament...?	Sí	Valora la utilitat que per tu suposa/ha suposat utilitzar...				
		molt	bastant	poc	gens	N
Associacions d'extoxicòmans	13,5%	31,7	58,5	9,7	0	41
Albergs	11,5%	25,0	37,5	10,0	27,5	40
Voluntaris	11,2%	52,6	36,8	7,9	2,6	38
Programes de reinserció sociolaboral	9,6%	35,0	45,0	10,0	10,0	40
Pisos de reinserció	6,2%	32,0	40,0	8,0	20,0	25

Tot i que alguns recursos han estat utilitzats per pocs usuaris, els hem ordenat d'acord amb el **grau d'utilitat valorat pels usuaris**; hem sumat «molta utilitat» i «bastant utilitat», i hem obtingut la llista següent:

Tot el PMM	94,8%
Associacions d'extoxicòmans	90,2%
Voluntaris	89,4%
Visites mèdiques al CAS	86,3%
Grups terapèutics de suport	83,3%
Centre de dia	82,7%
Programes de reinserció sociolaboral	80%
Cursos de formació	79,4%
Visites al terapeuta del CAS	79,2%
Analítiques d'orina	76,3%
Serveis d'urgències	75,7%
Tallers	75,7%
Amics	74,5%
Menjadors	71,8%
Pisos de reinserció	72,0%
Serveis socials	66,6%

Albergs	62,5%
Unitat de desintoxicació hospitalària	56,6%
Comunitat terapèutica	50,6%
Servei Català d'Ocupació	48,6%

Alguna vegada t'han ofert visites amb un terapeuta en el centre de tractament?

Sí	64,9%
No	16,6%
NS/NC	18,5%
(N=356)	

Alguna vegada t'han ofert anar a grups terapèutics de suport?

Sí	26,4%
No	56,5%
NS/NC	17,1%
(N=356)	

Coneixes alguna revista editada per a usuaris de programes de metadona?

Sí	68,0%
No	30,6%
NS/NC	1,4%
(N=356)	

En cas afirmatiu, quina?

<i>Metamorfosis</i>	55,6%
En coneix diverses	5,1%
<i>Bus del metabús</i>	3,9%
<i>Peripecias</i>	1,4%

Altres	2,6%
Cap	0,3%
NS/NC	31,2%
(N=356)	

Els professionals entrevistats assenyalen que els CAS estan saturats i actualment no és possible demanar un seguiment personalitzat. El grup de discussió afegeix: «el terapeuta ha d'ajudar-te a veure que hi ha més coses que la droga i que tu tens més possibilitats que la de ser tòxicoman».

QUÈ TREURIÉS DELS PROGRAMES DE METADONA?

Opinió dels usuaris

(categorització posterior de les respostes obertes donades pels enquestats)

Res està bé així	42,4%
Com s'administra la substància	16,8%
Aspectes diferents	11,0%
Relació professional/usuari	7,3%
Aspectes dels usuaris	5,9%
La substància	5,3%
Determinats professionals	1,1%
Altres	3,9%
NS/NC	6,2%
(N=356)	

Els professionals creuen que s'haurien de suprimir els aspectes següents:

- La metadona com a alternativa única.
- L'excessiva medicalització de plantejament actual.
- La burocràcia. S'hauria de prescriure i dispensar la metadona des dels centres de salut, amb la recepta obligatòria i un seguiment estret (com qualsevol altre tractament de salut).

QUÈ AFEGIRIES ALS PROGRAMES DE METADONA?

Opinió dels usuaris

(categorització posterior de les respostes obertes donades pels enquestats)

Res	30,3%
Millores en l'administració de la substància	18,3%
Més d'un aspecte	16,3%
Més professionals	11,5%
Recursos diversos	4,5%
Recursos de temps lliure	3,9%
Ajudes materials	3,1%
Recursos laborals	2%
La substància	2,8%
NS/NC	7,3%

(N=356)

Dos terços assenyalen aspectes a afegir als PMM. La demanda principal no és de recursos (terapèutics, de suport, ocupacionals, econòmics...), sinó de **millores en l'administració de la metadona**, amb respostes del tipus:

- Flexibilitat horària (ampliar horaris, donar la meta-dona més aviat, etc.).
- Facilitar la dispensació (més finestretes, a farmàcies, en pastilles, per a tot el mes, suprimir la dispensació diària...).
- Baixar la dosi.
- Higiene.
- Pots nous, més segurs, precintats i nets.
- Agrupar la gent per antiguitat.
- Distribuir la gent per a eliminar aglomeracions.
- Més vigilància i control (més guàrdies jurats, que no s'escapi la gent que continua consumint, més analítiques d'orina, etc.). Posar-hi més límits. Exigir control als usuaris.

A continuació assenyalen més d'un recurs (16,3%), més professionals (11,5%), i algun tipus de recurs: temps lliure, material, laboral... (13,5%).

Els professionals consideren que s'hi haurien d'afegir els aspectes següents:

- Que cada persona tingués accés a una atenció més completa.
- Que tinguessin coberts uns drets mínims de subsistència.
- Major flexibilitat i adaptació a cada usuari (principalment els sanitaris).
- Major atenció social: legal, psicològica, laboral, d'habitatge, relacional...

- Programes de manteniment amb heroïna (disminuiria el policonsum i les recaigudes...).
- Tractament psicossocial. Hi ha un predomini sanitari excessiu i els aspectes psicossocials estan en darrer terme.
- Definir i avaluar els programes que destaquin per la seva eficàcia.
- Valoracions més qualitatives per perfils d'usuaris i per oferta.
- No «un programa» de manteniment amb metadona, sinó «programes». Això requereix esforç d'adaptació assistencial i canvis polítics i tècnics.

RECURSOS QUE HAN MANCAT DURANT EL TRACTAMENT

Quin tipus de recursos (socials, laborals, de temps lliure...) creus que hauries d'haver tingut durant el programa de metadona?

(categorització posterior de les respostes obertes donades pels enquestats)

Laborals	19,9%
Diversos tipus de recursos	10,7%
Temps lliure	8,7%
Tots	7,9%
Ajuts materials	5,6%
Altres ajudes	4,8%
Laborals i de temps lliure	4,5%
Ajuda de professionals	4,2%
Laborals i materials	3,1%

Cap/res	22,2%
NS/NC	8,4%
(N=356)	

La majoria dels enquestats (69,4%) assenyalen que els ha mancat algun tipus de recurs, i el 22,2% diu que no li ha faltat cap recurs. Els recursos **laborals** són els que més diuen que els han mancat (com a mínim, el 27,5% és conscient de la mancança d'aquest tipus de recurs).

Li han mancat o li estan mancant a l'usuari alguns recursos per millorar la seva qualitat de vida?
(valoració dels terapeutes)

Sí	35,7%
No	63,8%
Desconegut	0,5%
(N=210)	

En cas afirmatiu, quins recursos creu que li han mancat/li estan mancant?
(valoració dels terapeutes)

Laborals	21,5%
Socials i laborals	14%
Socials	8,6%
Socials i sanitaris	7,5%
Socials, laborals i sanitaris	6,5%
Sanitaris	4,3%
Altres combinacions de recursos	37,7%
(N=93)	

Com a les preguntes anteriors, però expressat a tall de resposta a una altra pregunta, els usuaris de PMM i els seus terapeutes assenyalen que els recursos que els han mancat principalment són els de tipus laboral.

Per accedir a algun recurs durant el programa de metadona has estat en llista d'espera?

Sí	41,6%
No	55,1%
NS/NC	3,4%
(N=356)	

Hi ha una relació clara entre el temps que fa que estan en un PMM i el fet d'haver estat en llista d'espera. Cada cop augmenten més les llistes d'espera: els que fa dos anys o menys que són en un PMM han estat, el 9,15%, en llista d'espera; dels que fa 3 o 4 anys, han estat, el 4,9%, en espera; dels que fa 5 o 6 anys, el 3,15%; així va disminuint al 2,6% (els que porten 7 o 8 anys), al 0,9% (els que fa 9 o 10 anys), i al 0,3% (els que fa entre 11 i 13 anys que estan en un PMM).

Per a accedir a quins has estat en llista d'espera?

PMM	74,0%
Unitat hospitalària	16,0%
Visita mèdica	4,0%
Més d'un recurs	3,3%
Pis de reinserció	1,3%
Terapeuta, psicòleg	1,3%
(N=150)	

Durant el PMM has demanat ajuts econòmics socials (PNC, PIRMI...)?

Sí	36,5%
No	62,1%
NS/NC	1,4%
(N=356)	

Han demanat més prestacions socials:

- les persones d'ingressos de menys de 50.000 pessetes,
- les que pateixen algun problema crònic de salut que interfereix en la seva vida,
- les que viuen amb parella o familiars (han demanat prestacions socials més del doble que els que viuen sols).

Si les has demanat i no te les han donat, quins han estat els motius?

Per cobrar PIRMI	1,4%
Per cobrar viduetat	1,1%
Per viure amb una persona que cobrava una petita pensió	1,1%
Per consumir	0,3%
Altres motius	2%
(N=15)	

Al grup de discussió d'usuaris assenyalen: «Abans, en els PMM, hi havia places limitades. El terapeuta t'ajudava a veure que hi ha més coses que les drogues i que tens més possibilitats que ser toxicòman. Molts usuaris de

PMM no canvien, tenen moltes excuses per a no fer res. En els PMM t'ajuntes amb persones amb baixa estima, sense formació, amb buits, amb falta de relacions amb el seu entorn familiar. Tot això fa que no et plantegis anar al mercat normalitzat. Hi ha una exclusió marcada des de fora que s'accentua des de dins, cal algú que et motivi, que sigui mobilitzador».

ACCIONS ESTRATÈGIQUES

Als participants al grup Delphi se'ls va demanar que identifiquessin accions estratègiques i mesures concretes per desenvolupar-les. A continuació es presenten aquestes accions ordenades d'acord amb el nivell de prioritat, juntament amb algunes de les propostes que van sorgir a les entrevistes amb els professionals i el grup de discussió.

SOCIOLABORALS

Els participants al grup Delphi van respondre a la pregunta següent: Pensant en l'evolució previsible de l'entorn que pot afectar més els programes de metadona en els propers tres anys, quines serien les accions estratègiques principals i les mesures a prioritzar per millorar l'atenció als aspectes sociolaborals?

Les accions estratègiques sociolaborals que es van recollir tracten aspectes com: programes adaptats a l'usuari, itineraris d'inserció laboral, formació/informació, oferta de serveis, coordinació i estudi.

ACCIONS ESTRATÈGIQUES SOCIOLABORALS I MESURES CONCRETES

Ordenades segons el **nivell de prioritat**
(les accions que es troben en el mateix requadre han obtingut la mateixa puntuació)

Incrementar la informació sobre inserció laboral als centres de tractament i l'adreçada als usuaris de PMM i als seus familiars. Dinamització d'aquests aspectes.

- Informar els professionals de l'àmbit sociosanitari sobre els recursos d'inserció sociolaboral adreçats a aquest col·lectiu.
- Creació d'una pàgina web amb informació, guies de recursos i possibles ofertes dels recursos sociolaborals disponibles.
- Fomentar la cultura del treball en xarxa entre els centres col·laboradors professionalitzats en la inserció laboral.

Millorar la coordinació entre els CAS i altres dispositius específics d'inserció sociolaboral. Treballar en xarxa amb l'objectiu d'una atenció interprofessional més integral. No caldrien estructures noves.

Obtenir informació qualitativa dels usuaris, necessària per adequar intervencions. Identificar aspectes sociolaborals que els usuaris relacionen amb la qualitat de vida. Conèixer, amb el grau de precisió més alt possible, quina és la situació dels usuaris dels PMM de cada

CAS on es pretengui implementar alguna mesura de suport

Formació dels usuaris per facilitar la seva entrada al món laboral. Aquesta formació, a més de les competències tecnicoprofessionals, ha d'incloure el treball de les competències de base i transversals, com també mesures d'orientació, motivació i seguiment.

Valoració sistemàtica dels aspectes relacionats amb la capacitat de treball de cada usuari del PMM. Es tracta d'introduir un sistema de valoració diagnòstica, que permeti discriminar els subjectes en diferents grups.

- Els que ja tenen feina i capacitat per conservar-la
- Els que poden ser candidats a incorporar-se al mercat de treball de manera immediata. Aquests, potser, només necessiten una formació específica i suport i seguiment.
- Els que necessiten, com a condició prèvia, establir-se dins del PMM i, un cop ja establitzats, poden seguir processos de formació específics.
- Els que necessiten una formació bàsica en habilitats bàsiques (compliment d'horaris, saber fer una entrevista, etc.).
- Els que, atès el seu grau de deteriorament, difícilment podran incorporar-se al mercat laboral.

Millorar el disseny i l'estratègia d'inserció laboral específica per a aquest col·lectiu, aprofitant l'actual marc econòmic, entre les administracions competents:

Departament de Treball especialment, però també altres departaments de la Generalitat, diputacions i administracions locals.

Establiment d'itineraris específics d'inserció laboral per a usuaris de PMM.

Que hi hagi un pont entre l'espai terapèutic i els recursos formatius o d'inserció sociolaboral.

Dissenyar una oferta de participació social deslligada del treball, però lligada a unes prestacions econòmiques que permetin la cobertura de les necessitats bàsiques (alimentació, habitatge...).

Promoure mesures que incentivin la contractació de persones d'aquest col·lectiu. Impulsar campanyes de sensibilització empresarial per tal de superar els prejudicis i actituds discriminatòries dels empresaris i treballadors envers aquest col·lectiu.

Incrementar els recursos de formació i d'inserció sociolaboral adreçats al col·lectiu de persones en els PMM.

Potenciar les tasques de tutoria i seguiment de la formació o inserció sociolaboral.

Aprofundir en una avaluació qualitativa dels programes de formació i inserció sociolaboral adreçats a aquest col·lectiu.

Els participants al grup Delphi van respondre a la pregunta següent: Pensant en l'evolució previsible de l'entorn que pot afectar més els programes de metadona en els propers tres anys, **quines serien les accions principals estratègiques i les mesures a prioritzar per millorar l'atenció als aspectes sociofamiliars?**

Les accions estratègiques sociofamiliars que es van recollir tracten d'aspectes com: suport des dels centres de tractament, reinserció, formació, relacional, bones pràctiques, coordinació i estudi.

ACCIONS ESTRATÈGIQUES SOCIOFAMILIARS I MESURES CONCRETES

Ordenades segons el nivell de prioritat
(les accions que es troben en el mateix requadre han obtingut la mateixa puntuació)

Donar accés als membres de la família que conviuen amb el toxicòman a: suport psicològic, bona informació sobre la problemàtica de la drogodependència i sobre el seu familiar per donar-li un suport més correcte.

- Els centres de tractament haurien de tenir un pla de suport per a les famílies de forma individualitzada i de forma grupal.
- Coordinar-se amb els altres recursos socials o terapèutics que intervenen en la família, ja que mol-

tes acostumen a ser multiproblemàtiques i necessiten una acció conjunta en què les diferents mesures siguin congruents.

- Més formació dels professionals del CAS en el treball en sistemes o contextos en què interaccionen diverses persones (ex.: teràpia sistèmica, dinàmica grupal...).

Disminuir o eliminar situacions d'alt risc per a la infància, les quals es poden produir en el menor que viu amb els seus pares en PMM.

- Crear tallers de formació i capacitació de pares en habilitats.
- Vincular la família extensa.
- Vinculació de membres de la família que no tenen problemàtica de droga.
- Escola de pares o espai familiar (del tipus del programa «Ja tenim un fill»).
- Atenció psicològica, individual i grupal.

Millora de la coordinació dels dispositius de les xarxes d'atenció a drogodependents i els serveis socials.

- Establir mecanismes de coordinació estable a través de persones referents entre els CAS i els serveis socials de zona.
- Organització de trobades de treball entre els CAS i els serveis socials.

Facilitar que els centres de tractament puguin incre-

mentar les visites de seguiment als usuaris de PMM, com també l'atenció als aspectes familiars.

- Revisar els objectius dels PMM i els criteris d'accés i manteniment dels usuaris en aquest tipus de recurs.
- Durant les visites de seguiment, fer una avaluació sistemàtica de les possibles necessitats socials i familiars dels usuaris en PMM.
- *Screenning* sistemàtic i establiment de mecanismes de notificació obligatòria sobre aspectes concrets relacionats amb possibles situacions de violència familiar, maltractaments infantils, etc.
- S'ha de treballar en programes d'habilitats relacionals i educatives.

Donar suport i potenciar l'autoorganització dels usuaris o exusuaris i dels familiars, per tal que tinguin funcions de mútua ajuda, reivindicació dels seus drets i de les seves necessitats.

Analitzar oportunitats i problemes de l'entorn que puguin influir en els aspectes sociofamiliars identificats pels usuaris.

Obtenir informació qualitativa dels usuaris, necessària per adequar intervencions. Identificar aspectes sociofamiliars que els usuaris relacionin amb la qualitat de vida.

Recerca i difusió de bones pràctiques en matèria d'atenció sociofamiliar d'usuaris de PMM.

Aprofitar al màxim les **mesures legals actualment existents** que faciliten la inserció social de persones drogodependents.

- Millorar el suport social des dels CAS o des dels serveis socials de base (UBASP) perquè tots els usuaris tributaris de prestacions socials, com la renda mínima d'inserció, la prestació no contributiva..., realment se'n beneficiïn.
- Millorar el suport legal des dels CAS i des dels serveis socials de Justícia perquè totes les persones drogodependents tributàries de mesures alternatives a la presó se'n beneficiïn.

Que els recursos de tipus comunitari, associatiu... de la població que **faciliten la socialització siguin més oberts i permeables** a les minories més excloses socialment, entre elles els toxicòmans.

- Formació de la comunitat, i especialment dels membres més implicats en espais o organitzacions socials (centres cívics, grups esportius, associacions culturals...) en el coneixement de la drogadoicció i dels trets generals de personalitat d'una persona que ha patit una toxicomania.
- Crear estructures amb professionals o voluntaris, que serveixen de pont entre el toxicòman i aquests espais de socialització del seu barri o poble. Això podria desenvolupar-se a partir d'un pla estratègic elaborat entre el/la treballador/a social del CAS i representants de les entitats de la seva població.

Crear un pla d'acció que contingui un abordatge integral (terapèutic, grupal i comunitari) de la problemàtica de les persones en manteniment amb metadona.

Motivar els usuaris de drogues per a la formació **no únicament orientada al treball**, sinó també a la millora de les seves potencialitats personals, intel·lectuals, artístiques...

- Formació dels usuaris per augmentar la confiança i seguretat dels usuaris en la relació amb els altres.
- Tallers d'habilitats socials: com relacionar-se d'una manera positiva amb els altres, com fer-se atractiu als altres, com augmentar l'autoestima, com augmentar i consolidar les habilitats emocionals, de comunicació, etc.
- Fomentar grups de relació, organitzar festes, excursions, etc. per sortir i distreure's.

6. CONCLUSIONS

D'acord amb els estudis revisats, la dependència dels opiàcis no és el problema principal del drogodependent, sinó el deteriorament de la qualitat de vida produïda per les condicions del medi social i legal. Els canvis en el consum de drogues, com a conseqüència dels tractaments, no suposen necessàriament millores en totes les àrees de funcionament ni en la mateixa intensitat.

A partir de les coincidències entre els resultats obtinguts amb les diverses metodologies utilitzades al llarg de l'estudi, podem concloure el següent:

VALORACIONS SOBRE LA QUALITAT DE VIDA

1. **Les persones que han estat un mínim de 6 mesos en programes de metadona valoren de forma molt positiva els canvis en la seva vida i la millora de la qualitat de vida. Cal tenir present, però, que el PMM surt tan ben valorat pel fet que l'univers de l'estudi correspon a pacients que fa més de 6 mesos que estan en un programa de metadona i la mitjana d'estada de la mostra en el programa és de 3,5**

anys; per tant, els consumidors que han tingut una mala experiència amb la metadona probablement l'hauran deixada abans dels 6 mesos.

2. Tant els pacients com els terapeutes dels PMM coincideixen en el fet que es produeixen **millores de diferent intensitat**, pel que fa a la situació dels usuaris, en gairebé totes les àrees explorades en la mostra (relacions socials, consum de drogues, relacions familiars, temps lliure). Tot i que prop d'un 50% dels enquestats diuen que la seva situació laboral ha millorat, consideren, junt amb els professionals, que les àrees laboral i de formació són les que s'haurien de treballar més.

Amb caràcter general, no s'observa una correlació clara entre un major període de permanència en el PMM i una accentuació de la millora en les relacions socials, del temps lliure, en les relacions amb els fills ni en els aspectes laborals. En tot cas, l'aspecte que millora més és el de les relacions amb les famílies d'origen. Tanmateix, els terapeutes consideren que, malgrat no existir una correlació estadística en aquest aspecte, totes les àrees estudiades milloren més a mesura que passen més temps en tractament.

3. Cal remarcar que la percepció de millora és diferent entre els pacients i els terapeutes. En totes les dimensions de qualitat de vida analitzades, **els pacients perceben una millora molt més gran que els terapeutes**. Ambdós grups coincideixen a assenyalar la situació laboral i la formació professional com les dimensions que milloren menys. Al-

guns estudis assenyalen que la valoració sobre la millora en la qualitat de vida de persones en PMM que fan els seus familiars, és semblant o una mica millor a la que fan els mateixos usuaris (Eklund, 1994; Ruiz, 1994).

Una possible explicació a la millor valoració que fan els usuaris seria que el fet de sortir d'un tipus de vida dur, basat en activitats il·legals i la pressió d'afrontar cada dia la síndrome d'abstinència, ja el consideren com una gran millora, encara que els pugui portar cap a un cert conformisme. Els professionals, de la seva banda, segurament es plantejen la incorporació social plena com a fita desitjable. Una altra raó seria que les persones en PMM que estan pitjor són les que requereixen una atenció més freqüent i intensa per part dels terapeutes, la qual els porta a tenir una visió més limitada respecte a la situació general de tota la gent que està en programes de metadona.

4. En opinió dels terapeutes, la gran majoria dels usuaris segueix un programa de tractament amb metadona d'un **nivell d'exigència mitjà-baix**. Quant a això, **no hi ha una relació entre el nivell d'exigència del tractament amb metadona i l'evolució en les diferents àrees** (relacions socials, relació amb la família d'origen, relació amb els fills, laboral, formació i temps lliure); és a dir, **nivells d'exigència més alts no impliquen una millora més gran**. Això pot semblar sorprenent, ja que una major exigència implica un major esforç terapèutic i uns objectius també més alts.

En aquesta línia, els terapeutes consideren que no s'observa una relació entre el nivell d'exigència durant el tractament amb metadona i l'evolució en el procés d'inserció sociolaboral. Malgrat tot, cal tenir en compte que no s'han definit amb detall quins són aquests nivells d'exigència.

5. De tot allò exposat a les conclusions 2 i 4 es desprèn que podem parlar d'un **risc de cronificació dels usuaris dels PMM**, la qual cosa no és incompatible amb la necessitat que es treballin més a fons els aspectes laborals i socials, de fet, reforça aquesta necessitat.

La hipòtesi de la cronificació es fonamenta també en el fet que la meitat dels enquestats no fa cap estimació sobre el temps que esperen romandre en el PMM, i molts d'ells, tot i fer una mitjana de tres anys i mig que són en un PMM, ho deixen a criteri del seu terapeuta.

ENTORN I TEMPS LLIURE

6. D'una banda, veiem que les millores en el temps lliure es valoren molt positivament i d'altra banda que la dedicació d'aquest temps lliure és en activitats passives (TV, vídeo, etc.), percepció que també tenen els seus terapeutes. Tot i que això podria ser equiparable a com empra el seu temps lliure la majoria de gent de la nostra societat, en aquesta població pot suposar un entrebanc afegit a la seva reinserció laboral. **El temps lliure requereix un abordatge específic, sobretot si tenim present que molts d'ells ja no podran incorporar-se al**

mercat laboral per la seva situació de salut o bé perquè hi veuen dificultats de diferent índole.

7. En la descripció de la zona on viuen els pacients en els PMM, ens trobem que consideren majoritàriament que tenen bons equipaments, però amb percentatges alts referents a l'atur, tràfic de drogues i conflictivitat social. Aquest tipus de respostes ens fa pensar que les condicions socials deprimides dels barris d'on provenen aquests usuaris poden no afavorir gaire el seu procés d'inserció.

INTEGRACIÓ SOCIOLABORAL

8. El treball amb contracte tendeix a disminuir a partir de l'inici del consum d'opiacis, l'atur es duplica i la quarta part dels enquestats passen a rebre ajuts econòmics. Els ingressos econòmics dels usuaris en un PMM enquestats són baixos en general: el 54,4% afirmen disposar d'uns ingressos per sota del salari mínim interprofessional, la qual cosa no els permet portar una vida digna, i els fa, segurament, dependre d'altres, probablement dels seus familiars. El pas per l'heroïnomania invalida o empobreix els consumidors, de fet és el grup que més incrementa el de perceptors de prestacions. Tot i així, el percentatge d'enquestats que reben ajuts (22,4%) es pot considerar baix, de la qual cosa es dedueix que molts usuaris no reben un suport econòmic suficient per cobrir les seves mancances materials.
9. Els grups de discussió i les entrevistes als professionals posen de manifest les dificultats que hi ha

per assolir la inserció social dels usuaris de **PMM**: anys perduts, qualificació professional baixa, problemes crònics de salut, manca d'habilitats socials, poca acceptació social de la metadona com a tractament, etc. Si bé, i d'acord amb els resultats estadístics, el fet de patir un problema crònic de salut (majoritàriament hepatitis cròniques i infeccions per VIH) no té per què interferir significativament en l'**ocupabilitat** d'aquestes persones, els professionals entrevistats destaquen, com a principals mancances que presenten els usuaris de **PMM**, l'ocupació laboral, la formació bàsica i laboral i la capacitat per trobar i mantenir una feina.

10. Pel que fa a la seva relació amb el mercat laboral, es tracta d'un grup amb expectatives diferents i amb mancances envers l'assessorament i el suport per assolir els seus objectius laborals. En relació amb això, els usuaris consideren que els centres de tractament i altres recursos de drogo-dependències en general juguen un paper poc important en els processos de millora laboral.

També es constata la **poca utilització dels recursos d'inserció laboral** (oficines de treball de la Generalitat, empreses de treball temporal, etc.), com també de les accions de formació ocupacional. Quant a això, més de la meitat dels enquestats assenyala que el seu nivell de formació professional és el mateix que tenien abans d'entrar en el **PMM**. De tot això es desprèn que bona part del col·lectiu de persones en **PMM** requereix un suport intens i continuat durant tot el procés d'inserció sociolaboral.

11. Pel que fa a la situació laboral dels enquestats, el 34,8% són treballadors (el 26,5% amb contracte, i el 8,3% sense contracte), i **manifesten un alt grau de satisfacció en el seu treball**. Pel que fa als aturats, la majoria ho són de llarga durada (fa quasi 4 anys que estan aturats).

Hi ha una relació estadísticament significativa entre buscar una feina i rebre ofertes de treball; malgrat tot, es constata que del 41,9% que va rebre ofertes laborals en els darrers 2 anys (s'hi inclouen tant els que treballen com els aturats), el 59,3%, que correspon a persones aturades, no les van acceptar (el 27,1% del quals van rebutjar-les perquè no els convencia el tipus de feina que els oferien).

12. Es destaca una utilització escassa de les diferents modalitats d'activitats de formació ocupacional i per tant un **dèficit formatiu important dels enquestats, i que la formació gairebé no millora durant el llarg temps que han estat en PMM** (un 64% diu que la seva formació professional està igual, un 23,6% diu que millora i un 0,9% diu que empitjora). Aquest fet és especialment rellevant, atès que bona part dels enquestats parteixen d'un nivell educatiu baix (el 40,8% no té el graduat escolar) i d'un nivell de qualificació professional baix.

Tot i així, **només el 18,6% es planteja la formació a la pregunta sobre què vol aconseguir en el món laboral**. Segurament la situació econòmica precària fa que donin prioritat al fet de treballar i

per tant les accions de formació professional ocupacional probablement haurien de complementar-se amb una feina o amb un suport econòmic (de fet, del 18,6%, la majoria –el 60%– esmenten el treball junt amb la formació).

13. En relació amb l'àmbit laboral, es poden establir, dins de la mostra, tres grups representatius:
 - persones que no podran incorporar-se al treball majoritàriament a causa de malalties i que seran tributàries de **diferents tipus de prestacions (26%)**,
 - persones que podran **treballar en determinades circumstàncies i característiques** (horaris, tipus de feines, durada de la jornada laboral, etc.) adaptades a la situació individual **(30%)**.
 - persones susceptibles de treballar o millorar la seva situació **laboral en un context normalitzat (40%)**.
14. Respecte al que volen aconseguir en el món laboral, trobem quatre grups:
 - els que volen treballar a jornada completa **(26%)**,
 - els que volen combinar formació i treball o només formació **(18,6%)**,
 - els que volen treballar a temps parcial (mitja jornada) **(16,4%)**,
 - els que volen combinar més de dues opcions **(16,6%)**.

15. Cal destacar que la majoria consideren que tenen un bon suport social, el provinent principalment de la família d'origen (el 57,3% de les respostes donades a la pregunta sobre a quines persones podries recórrer en cas d'un problema molt important) i el de la parella o els amics (26%). Les famílies, especialment les famílies d'origen, juguen un paper molt important, tant pel contacte sostingut que tenen amb l'usuari com sovint pel fet que els cobreixen les necessitats bàsiques (menjar, roba, llit, casa...), cobrir el que no cobreixen els ajuts socials. A més, a l'estudi se'l destaca com un referent important per al suport social i afectiu. Tot això ens fa pensar en la necessitat d'estudiar quin paper juguen actualment les famílies en els processos terapèutic i d'inserció sociolaboral i quin seria el que haurien de jugar. Probablement se'ls hauria de tenir molt presents en aquests processos, pel paper important que poden jugar.
16. A mesura que fa més temps que són en el PMM milloren més les seves relacions amb la família d'origen, tant els homes com les dones, però la milloren de forma més significativa els homes.
17. Un 50% tenen fills i un 20,6% en té 2 o més. El 25,1% dels fills no viu amb cap dels seus pares, percentatge que podríem considerar elevat. Les drogodependències (incloent-hi l'alcohol) van estar presents al 19% de les situacions de desempaïment (DGAM, Generalitat de Catalunya). Els ti-

pus principals de maltractament entre els fills de persones amb toxicomania van ser la negligència o l'abandó (32,6%) i el maltractament emocional (31,3%); a continuació el maltractament físic (18%) i l'abús sexual, el sotmetiment sexual, l'exploració sexual (17,2%) (CSMIJ, Lleida).

Els fills de les persones amb problemes de drogodependències són, doncs, una població considerable, de la qual no tenim fins ara gaires estudis per saber quina és la seva situació i les seves necessitats. A més, no sembla que hi hagi recursos o programes destinats a fer-ne un seguiment.

SALUT I CONSUM DE DROGUES

18. El 62,9% dels enquestats manifesten tenir un problema crònic de salut. En aquest sentit, els problemes de salut són el motiu pel qual el 48% dels usuaris diu que ha tingut dificultats per accedir a un treball. De tot això es desprèn que caldrà valorar en cada cas quin és el nivell d'ocupabilitat, per determinar si és factible iniciar un procés d'inserció sociolaboral o bé possibilitar l'accés a subsidis i altres ajuts.

En relació amb els subsidis, caldrà estudiar si el seu grau de cobertura econòmica els permet portar una vida mínimament digna (cal tenir present que les dotacions econòmiques de les pensions no contributives són molt limitades i la majoria dels nostres pacients no han desenvolupat una activitat laboral que els permeti accedir a les pensions contributives).

19. Malgrat que la **salut dental** és un problema molt prevalent entre els usuaris d'opiàcics, sorprèn el percentatge elevat dels que **no segueixen un control de la salut de la seva boca** (57,3%). La raó principal per la qual no fan aquest control és l'econòmica, tot i que no és l'única. Es tracta d'un buit en l'atenció encara no resolt.
20. Contrasta l'afirmació dels terapeutes d'un alt consum de cocaïna i alcohol per part de la població amb PMM, i els resultats de l'estudi en què els enquestats afirmen tan sols un consum diari o freqüent de cocaïna i alcohol del 8,2% i del 14,6% respectivament. Caldria fer estudis amb mesures més objectives, com analítiques, per valorar aquest consum d'altres drogues.

VALORACIONS SOBRE ELS RECURSOS

21. Les persones enquestades, tenint en compte que estan en programes amb metadona, un programa sanitari, utilitzen bàsicament més recursos sanitaris que terapèutics, familiars, socials, formatius o laborals, dels quals els cobririen necessitats no cobertes. Es constata que no tota la població enquestada es troba en disposició d'accedir a recursos laborals. Bona part d'ells podrien accedir a recursos laborals, però no els han utilitzat. Caldria explorar les raons per les quals no s'utilitzen tant els recursos amb caire sociolaboral, quin coneixement tenen d'ells, quin orientació reben per arribar-hi, quins recur-

sos existeixen i si aquests són prou adequats a les necessitats.

22. S'observa una progressió ascendent del temps d'espera per a iniciar un PMM al llarg del temps. Dels usuaris que estan en PMM des de fa més de 10 anys, només un 0,3% van estar en llista d'espera; dels que fa entre 5 i 6 anys que estan en un PMM, un 3,15% van estar en llista d'espera, i dels que fa més de 2 anys que estan en un PMM, un 9,5% van estar-hi.
23. Hi ha acord entre usuaris i terapeutes sobre les **mancances principals** dels PMM. La majoria dels enquestats (69,4%) assenyalen que els ha mancat algun tipus de recurs, i el 22,2% diu que no li ha faltat cap recurs. Consideren que els **recursos laborals** (segons les seves paraules: «tallers, cursos professionals i de reinserció, formació professional, ofertes de feina, plans d'ocupació, informació sobre ocupació», etc.) són els que més han mancat en el context dels PMM.
24. El 22% diuen haver passat per la presó quan estaven en un PMM. L'àmbit penitenciari és un espai a considerar en el procés terapèutic i d'inserció laboral, pel fet que molts dels usuaris de drogues passen en un moment o altre de la seva vida per aquests centres. **Els que han estat a la presó semblen tenir un millor nivell de coneixement i d'utilització dels recursos.** De fet, a la presó ja contempen aspectes com l'accés a l'educació bàsica, a la formació en habilitats socials i a la formació ocupacional.

25. Els grups terapèutics de suport, malgrat ser dels recursos millor valorats (83,3%), són poc recomanats pels professionals. Són valorats igual o millor que les visites individuals amb els terapeutes. Només el 16,9% diu haver fet grups, i dels que no els ha utilitzat, un 56,5% diu que no se'ls han ofert.

Aquesta alternativa d'intervenció grupal podria ajudar a descongestionar els centres. Al final de l'entrevista s'observa una coincidència entre els usuaris, en valorar com a molt positiu i interessant parlar sobre els aspectes de què tracta el qüestionari, i posen de manifest una manca d'espais per parlar suficientment d'aspectes més personals, tant individualment com en grup. Això fa pensar que poden quedar desatesos aspectes importants que tenen a veure amb la personalitat i amb els contextos socials i familiars, ja que s'enfoca més l'atenció sanitària i l'addicció.

26. Malgrat que la gran majoria dels usuaris dels PMM reconeixen la seva utilitat, la meitat modificaria **diferents elements** o característiques dels actuals PMM que tenen a veure principalment amb: com se subministra la substància, la relació entre els professionals i els usuaris, els aspectes relacionats amb la conflictivitat d'alguns usuaris i els problemes associats a la substància.

Dos terços dels usuaris assenyalen aspectes a afegir als PMM. La demanda principal és de **millores en l'administració de la metadona** (18,3%), amb respostes del tipus:

- Flexibilitat horària (ampliar horaris, donar la metadona més aviat, etc.).
 - Facilitar la dispensació (més finestretes, a farmàcies, en pastilles, per a tot el mes, eliminar la dispensació diària...).
 - Abaixar la dosi.
 - Més higiene, pots nous, més segurs, precintats i nets.
 - Agrupar la gent per antiguitat.
 - Distribuir la gent per a eliminar aglomeracions.
 - Més vigilància i control (més guàrdia jurat, que no s'escapi la gent que continua consumint, més analítiques d'orina, etc.). Posar més límits. Exigir als usuaris control.
27. Segons els professionals, s'haurien de **modificar els aspectes següents** dels PMM: la metadona com a alternativa única, l'excessiva medicació de l'actual plantejament i la burocràcia. Plantegen la prescripció i dispensació des dels centres de salut amb una recepta obligatòria i un seguiment estret (com qualsevol altre problema crònic de salut).
28. És interessant veure les diferències entre els consumidors i els terapeutes pel que fa a la **valoració sobre l'estructuració dels programes de manteniment amb metadona**. Mentre que els primers donen més importància a introduir canvis en aspectes concrets i funcionals en la forma d'administració de la metadona que els facilitin la seva obtenció (horaris, «take-homes», pots de metadona...), els terapeutes consideren que no hi ha prou recursos per oferir un suport psicosocial més adequat,

perque pensen que els PMM tenen una orientació massa sanitària. Aquests apunten que una major implicació dels recursos sanitaris comunitaris (atenció sanitària primària i farmàcies de la comunitat) els facilitaria poder fer millor la seva feina des dels CAS, més completa i especialitzada.

7. RECOMANACIONS

Partint de les diferents àrees que s'han determinat en aquest estudi, s'estableixen a continuació tot un seguit de recomanacions, bona part de les quals es troben referenciades en els resultats del Grup Delphi.

En general, es detecta una certa desconexió entre les respostes sobre l'atenció i la situació reals dels afectats. En aquest sentit, cal una voluntat política decidida i continuada de les organitzacions implicades per millorar la resposta socioassistencial i d'integració sociolaboral.

El temps d'estada en un programa de manteniment amb metadona no és un indicador de cronicitat en la rehabilitació personal, i no impedeix que es pugui fer un **procés d'inserció social**. Falta, però, una major **sensibilitat social** respecte als programes de tractament que utilitzen substàncies agonistes (metadona i altres), atès que són una bona eina per a la rehabilitació.

No és suficient l'administració de metadona sense res més, caldrà atendre altres necessitats i facilitar processos de millora individuals.

Sembla oportú recomanar l'impuls de la creació d'un nou **Pla interdepartamental** per a l'atenció a les drogo-dependències, que incorpori l'abordatge dels aspectes socials, legals, assistencials, formatius, laborals, etc., amb un plantejament d'objectius conjunts que donin resposta a les necessitats actuals del col·lectiu.

INTEGRACIÓ SOCIAL I LABORAL

1. De l'estudi realitzat es desprèn que encara ara cal **millorar** els aspectes següents:
 - **La creació de recursos o programes intermedis o anomenats pont** entre l'espai terapèutic i els recursos formatius o d'inserció sociolaboral. Aquests recursos són absolutament necessaris per facilitar les tasques formativa i d'inserció sociolaboral que facin possibles plataformes socio-terapèutiques, d'evitació de recaigudes, d'adquisició d'habilitats socials, d'aprenentatge de conductes competents, etc. Aquests recursos i programes han de poder constituir un conjunt de dispositius, que puguin actuar interrelacionats, de l'àrea de serveis socials, tant en l'àmbit comunitari com especialitzat: centres de dia, pisos terapèutics per a l'atenció de drogodependències, programes de reinserció, prestacions socials, etc.
 - **La informació que la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) té sobre els programes i centres d'inserció laboral.** Com a mesures, s'apunten: la sensibilització i el coneixement dels

recursos per part dels treballadors socials i dels educadors, una col·laboració més estreta entre la XAD i els recursos especialitzats en inserció laboral, la creació d'una pàgina web informativa, etc.

- **La coordinació entre els recursos terapèutics i de reinserció de drogodependències (CAS i altres) i els d'inserció laboral** (centres col·laboradors del Departament de Treball), la qual afavoreixi un treball en xarxa que al mateix temps permeti una atenció més integral. Com a mesures concretes s'apunten: analitzar les oportunitats i els problemes de l'entorn geogràfic (anàlisi estratègica de l'entorn: empreses, SCO, sindicats, etc.), elaborar una guia de recursos ordinaris d'inserció laboral, establir trobades regulars entre representants dels dos tipus de serveis, etc.
2. **A l'hora d'intervenir, cal incloure espectes de formació bàsica previs als aspectes més ocupacionals.** Els recursos que treballen la incorporació sociolaboral han de ser conscients de la situació deficitària de la població drogodependent: la manca d'hàbits de treball per un atur de llarga durada, la baixa qualificació acadèmica i professional, la baixa autoestima i dificultats de relació interpersonal, etc. Es proposa conèixer amb més precisió la situació dels usuaris dels PMM en cada territori (valoració diagnòstica), també es proposen programes que integrin objectius laborals amb objectius de millora en les competències personals, suport i seguiment continuat durant el procés d'inserció

sociolaboral i que els professionals dels recursos ordinaris d'inserció (especialment els insertors laborals) tinguin un major coneixement de la població drogodependent per facilitar-los espais de formació o d'actualització.

3. **Pal·liar la situació econòmica precària** d'una bona part del col·lectiu **durant l'etapa de formació** per evitar mantenir-los en feines precàries durant molt de temps.
4. Els usuaris de programes amb metadona requereixen programes d'intervenció integrals que abordin aspectes de salut, psicològics, socials, laborals, legals i de temps lliure, adaptats a cada persona. Junt amb això caldrà fer una valoració diagnòstica individual, saber què volen i quina és la seva situació per tal d'elaborar, amb coneixement de causa, projectes de futur, incorporar estratègies de motivació vers el treball, etc. En aquest sentit fóra útil la recerca de bones pràctiques en altres regions o països i la redacció d'un informe per a la seva difusió.
5. Per assolir la integració social plena de les persones en procés de rehabilitació, la inserció laboral constitueix un element clau. Pel que fa a això, i d'acord amb allò establert pel Departament de Treball, els programes de formació i inserció sociolaboral han de considerar aspectes com:
 - Incloure una intervenció sobre les competències socials (autonomia personal, capacitat de responsabilitzar-se, hàbits de treball, etc.) i sobre les competències de base i transversals. Les competències transversals s'adquireixen a partir de

les experiències tant professionals com personals i són essencials per transferir les capacitats individuals a l'àmbit laboral.

- Flexibilitat dels dispositius de formació i d'inserció sociolaboral d'acord amb les característiques i necessitats de cada participant.
 - Elaboració d'itineraris d'inserció sociolaboral individualitzats, amb la possibilitat d'incloure-hi diferents actuacions.
 - Importància de l'espai tutorial.
 - Incorporar en els projectes tasques de prospecció empresarial realitzades per la figura de l'insertor laboral, les quals facilitin el nexa entre el centre col·laborador en formació i inserció sociolaboral i el teixit empresarial.
6. Altres aspectes que poden afavorir la integració sociolaboral d'aquest col·lectiu són els següents:
- Estudiar la possibilitat d'incloure, dins dels programes formatius, un suport econòmic que afavoreixi la seva permanència en el recurs formatiu, ja que es tracta d'un col·lectiu amb una gran precarietat econòmica, amb càrregues familiars i amb un baix nivell formatiu, aspectes que dificulten la seva possible promoció social i laboral.
 - Promoure mesures legals que incentivin la contractació d'aquest col·lectiu: la sensibilització empresarial, uns ajuts a la contractació, la compatibilització de les prestacions i els contractes laborals a temps parcial, flexibilitzar els contractes laborals per a aquest col·lectiu, etc.
 - Desenvolupament normatiu de les empreses

d'inserció, i l'establiment de clàusules socials en l'àmbit de la contractació administrativa.

- Cercar nous jaciments d'ocupació adequats a les característiques d'aquest col·lectiu, per exemple es proposa el treball de suport que poden fer els usuaris de drogues en els centres assistencials de drogodependències, o bé a ONG de caràcter social.
 - Promoure accions de formació de formadors perquè experts de formació i d'inserció de recursos ordinaris coneguin les metodologies i les destreses didàctiques necessàries per a la millora de la dimensió formativa i d'inserció del seu exercici professional envers el col·lectiu de persones amb toxicomanies.
7. **Els recursos sociosanitaris de drogodependències (CAS i comunitats terapèutiques) juguen un paper destacat en els processos d'integració social de les persones amb toxicomanies. Pel que fa a la seva relació amb l'àmbit laboral, caldrà analitzar i revisar el rol que té la XAD en aquest aspecte.**

RELACIONS FAMILIARS

8. **Increment de l'atenció sobre els aspectes familiars des dels recursos d'atenció a les drogodependències en els seus programes terapèutics i d'inserció. L'esmentat Pla interdepartamental hauria d'afavorir que els centres de tractament donessin major atenció a aquests aspectes sociofamiliars. També l'atenció als fills s'hauria de tenir present i definir més quin hauria de ser el paper dels CAS en la valoració de la seva**

situació i atenció, en coordinació amb altres serveis que podrien tenir una responsabilitat més directa en determinades parts de l'atenció d'aquests infants. Algunes de les mesures suggerides són:

- Durant les visites de seguiment, fer una avaluació sistemàtica de les possibles necessitats socials i familiars dels usuaris en PMM.
- *Screening* sistemàtic i establir mecanismes de notificació obligatòria sobre aspectes concrets relacionats amb possibles situacions de violència familiar, maltractaments infantils, etc.
- Crear grups estables de pares i familiars, i fer més orientació per donar pautes als pares amb vista a motivar els seus fills, per afrontar a les recaigudes, etc.
- Donar accés als membres de la família que conviuen amb el drogodependent a: suport psicològic, bona informació sobre la problemàtica de la drogodependència i sobre el seu familiar per donar-li un suport més correcte.

9. Disminuir o eliminar situacions d'alt risc per a la infància que es poden produir en el menor que esta sota la cura dels seus pares en PMM. Algunes de les mesures proposades són: treball grupal amb pares (tallers de formació i capacitació), atenció psicològica, treball coordinat amb les xarxes assistencials territorials, vincular més la família extensa. Potenciar experiències com les que ja s'estan fent en l'actualitat, que tenen en compte la necessitat de fer acompanyaments a famílies amb problemes de drogodependències que van a tenir fills.

10. El programa actual dels PMM, com a disseny general, és adequat, però cal dotar-lo de més personal socioeducatiu, facilitar recursos complementaris des d'una perspectiva integral i aclarir criteris tècnics i ètics per atendre i prevenir les diferents problemàtiques individuals i familiars, atès que l'ús de l'alcohol i altres drogues s'associa sovint a altres problemàtiques importants com els maltractaments infantils, de parella, etc.

SUPORT SOCIAL, PARTICIPACIÓ I TEMPS LLIURE

11. Plantejar estratègies i recursos amb els objectius de possibilitar la **participació social i comunitària** d'aquestes persones, a més de possibilitar la seva **formació, tingui o no relació amb objectius laborals**. Això és necessari perquè molts d'ells tenen molt temps lliure quan inicien programes amb metadona, junt amb la constatació que molts d'ells tampoc no podran treballar, si més no de forma completa, per la seva situació orgànica o psicològica. Calen estratègies de participació social deslligades del treball, especialment per a aquells que no poden treballar.
12. **Aclarir la responsabilitat que els serveis de drogues, CAS i altres, han de desenvolupar intervencions ocupacionals, de temps lliure, especialment per als que no poden treballar, com també posar l'èmfasi en si s'han d'utilitzar amb aquesta finalitat recursos específics o afavorir els inespecífics existents en la comunitat.**

13. **Potenciar i donar suport a l'autoorganització dels usuaris o exusuaris i dels seus familiars** per tal que tinguin funcions com: autosuport, reivindicació dels seus drets i necessitats. Caldria que tant els professionals com els educadors socials dels centres terapèutics, coordinadament amb d'altres professionals i centres, facilitessin el suport a la creació d'aquestes organitzacions. Els grups d'ajuda mútua (tant de familiars com de toxicòmans) poden rebre suport des del CAS o des de dispositius més normalitzats.

SALUT

14. **Estudiar el nombre d'usuaris que diuen tenir problemes crònics de salut:** quants són tributaris de prestacions socials per problemes crònics invalidants i quants són els que realment les reben, analitzar les causes per les quals no les reben i afavorir-ne l'accés. Qualsevol iniciativa d'inserció social hauria de partir de tenir les necessitats bàsiques cobertes i amb uns ingressos econòmics suficients.
15. Definir una estratègia per resoldre un aspecte prevalent i important per a la inserció social del col·lectiu i la salut, que és l'atenció de la salut dental.

SOBRE ELS RECURSOS

16. **Potenciar les intervencions terapèutiques de suport grupal.** Podrien ser un instrument útil en la

millora de l'atenció terapèutica, atesa la bona valoració que obté aquest recurs entre els enquetats i la seva poca utilització junt amb la saturació que tenen actualment els CAS.

17. La presó és un lloc important per poder incidir en aspectes terapèutics i de reinserció dels toxicòmans. Atès que molts passen per la presó, aquest és un medi a considerar dins el procés de reinserció laboral. Probablement és un espai on les ofertes de formació ocupacional siguin les més adients i això hauria de fer-les extrapolables al **medi de tal manera que els que no han anat a la presó puguin gaudir de possibilitats semblants.**
18. Calen més recursos socials o sociosanitaris (albergs, pisos assistits, etc.) per al grup dels usuaris de metadona més deteriorats. Així mateix, cal comprovar que tots els que puguin tenir **dret a ajuts** els rebin, atès que alguns només podran desenvolupar una activitat laboral en condicions especials. Igualment, es fa necessària una inversió de recursos de desenvolupament local de les zones més deprimides socialment per millorar els diferents aspectes d'influència en la vida de les persones per afavorir la seva autonomia.
19. **Treballar amb els afectats no tan sols donant la substància, sinó també incrementant la seva motivació, i proporcionar el suport i el seguiment, segurament intens, que necessiten en el procés d'incorporació plena a la societat, perquè hi ha una certa tendència a la passivitat basada en una desmotivació i potser a una percepció de**

grans dificultats per recuperar una vida normalitzada.

20. **Impulsar i facilitar més la decisió de l'usuari de finalització del tractament de metadona**, entenent-lo com un procés que ha d'estar sotmès a revisions i a adaptacions.
21. Els professionals consideren que als PMM s'hauria d'afegir els aspectes següents:
 - Que cada persona tingués accés a una atenció més completa.
 - Que tinguessin coberts uns drets mínims de subsistència.
 - Major flexibilitat i adaptació a cada usuari (principalment els sanitaris).
 - Major atenció social: legal, psicològica, laboral, d'habitatge, relacional, etc.
 - Programes de manteniment amb heroïna (disminuirien el policonsum i les recaigudes).
 - Tractament psicosocial. Hi ha un predomini sanitari excessiu i els aspectes psicosocials estan en darrer terme.
 - Definir i avaluar els programes que destaquin per la seva eficàcia.
 - Valoracions més qualitatives per perfils d'usuaris i per oferta.
 - No un programa de manteniment amb metadona, sinó programes. Això requereix esforç d'adaptació assistencial i canvis polítics i tècnics.
22. S'hauria d'avançar en la superació d'aquelles pràctiques que des de cada servei (socials, de tractament de drogues, d'infància, de salut mental...)

parcialitzen la vida de les persones i els seus sistemes familiars, perquè donen lloc, a vegades, a respostes inconnexes amb els problemes que les persones plantegen.

23. Els terapeutes i els usuaris enquestats coincideixen a destacar que la rehabilitació constitueix un procés que implica una **intervenció integral** (que tingui en compte totes les variables de l'estat psicossocial de la persona: salut, aspectes psicològics, socials, laborals, legals, el temps lliure, etc.).
24. Aquesta intervenció integral requereix una major coordinació interdepartamental, per millorar els dispositius que s'estan promovent per afavorir la qualitat de vida de les persones amb drogadoaddicció. Quant a això, la integració de dades dels diferents organismes públics referents a aquest col·lectiu podria suposar una millora en el seu coneixement i una bona eina per avançar en la planificació dels recursos més adients.

SOBRE L'ADMINISTRACIÓ DE METADONA

25. Els professionals proposen la **diversificació de la prescripció i la dispensació de metadona**, especialment cap als recursos de la comunitat (CAP i farmàcies) dels pacients més estables. Això facilitaria el procés terapèutic i d'inserció que poden oferir els CAS, els descongestionarien i els permetria fer una feina més especialitzada.

26. Els punts de vista i les experiències dels usuaris de PMM són un aspecte important en l'avaluació dels serveis i com a tals han de ser contemplats de forma sistemàtica a aquestes.
27. El qüestionari Duke-UNC sobre el suport social percebut utilitzat en aquest estudi permet conèixer amb rapidesa el tipus de suport que té la persona, la qual cosa pot possibilitar una intervenció terapèutica eficaç.
28. Fer estudis sobre:
 - La població en els PMM que estan a la presó, per veure quin és l'ús i aprofitament de recursos per part dels usuaris de PMM i si s'aconsegueixen els objectius plantejats.
 - La situació dels fills dels usuaris de drogues, quina i com és la cobertura de les seves necessitats bàsiques, de salut, educatives, afectives, etc. i quins són els referents familiars, etc. És una població que no es coneix gaire i la que es coneix suggereix un perfil de risc elevat.
 - El seguiment dels usuaris de PMM participants en aquest estudi.
 - Coneixement de les persones que estan en programes lliures de drogues, amb una metodologia semblant.
 - Creuement de dades entre els diferents departaments de la Generalitat de Catalunya que intervenen en la població drogodependent, cosa que no ha de suposar cap risc per a la confiden-

cialitat. D'altra banda, existeixen dades en els registres dels CAS i potser el que cal fer són estudis referits als itineraris laborals, sociosanitaris, etc. de les persones en els PMM.

8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Amezcuca, C.; Jiménez, A.: *Evaluación de programas sociales*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1996.
- Balace de 10 años del Plan Municipal de Drogas entre los Heroínómanos*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 2000.
- Baño, A. i altres: Maltrato en hijos de adictos a drogas por via parenteral en el libro de *Ponències del V Congrés Estatal sobre Infància Maltractada*, pàg. 315. València, 1999.
- Bowling, A: *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Ed. Masson, 1995.
- Bradshaw, J.: *The concept of social need*, New Society, 30/37/1972 . Versió catalana: *Una tipologia de la necessitat social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Serveis Socials, 1981. (Instruments de prospecció de serveis socials; 1).
- Broadhead, W.E. i altres: The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. *Medical Care*, vol. 26 (7), pàg. 709-723, 1988.
- Cano, L.; Mayor, L.: *Acción mediadora de la comunidad en los programas de reducción de daños con drogode-*

- pendientes. *Revista Española de Drogodependencias* (23) 2, 149-160, 1988.
- Calafat, C.: Programa PREINFANT al llibre de *Ponències del V Congrés Estatal sobre Infància Maltractada*. València, 1999.
- Casas, F.: *Bienestar social. Una introducció psicossociològica*. Barcelona: PPU, 1996.
- Casas, F.: Calidad y medio ambiente. *Revista de Treball Social* (149), 6-20 1998.
- Coordinadora de CAS de drogodependències de Catalunya: *1a Jornada de Treball: Metadona: què fem? Què es pot millorar?* Olot, 1998.
- Coordinadora de CAS de drogodependències de Catalunya: *Metadona: què fem? Què es pot millorar? Informe provisional d'una investigació*, 2000.
- Dades de la fitxa bàsica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Dep. de Justícia. Direcció General d'Atenció a la Infància, 1999.
- Dávila, G.; Navarro, J.F. : Efectos conductuales de la metadona. *Revista Española de Drogodependencias* (23) 2, 109-128, 1998.
- Díaz de Quijano, S.; Sánchez Carbonell, J.; Piña, L.: *Los servicios de atención a toxicómanos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. D.G. de Acción Social i Cruz Roja Española, 1985.
- Duro, P.; Colom, J.; Casas, M.: Directrices actuales del tratamiento de mantenimiento con metadona en *Avances en drogodependencias*. Barcelona: CITRAN, 1995. Pàg. 29-43.
- Funes, J.: La reinserción social como proceso en Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar So-

- cial: *Reinserción Social y Drogodependencias*. Madrid: AEPBS, 1987. Pàg. 169-180.
- Eklund; C. i altres: «Detoxification from metadones maintenance tratment in Sweden: long-term outcome and effects on quality of life and life situation. *The International Journal of the Addictions*, 29 (5), 627-645, 1994.
- Escudero, M.; Ferrer, X.: *Evolución de los usuarios de un programa de metadona realizado en Barcelona*. Resumen. Barcelona: ABS, 1995. 81 pàg.
- Escudero, M.: Nens oblidats. *RTS*, núm. 143, 104-114, 1996.
- Estudio evaluativo de 397 drogodependientes en proceso de reinserción*. Madrid: UNAD, 1998.
- Fernández Miranda, J.J.: Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11 (1), 43-52, 1999.
- French, M.T. i altres: Training and employment programs in methadone treatment: client needs and desires. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9, 293-303, 1992.
- Incorporación sociolaboral de drogodependientes. «Nuevas alternativas»*. Madrid: UNAD, 1999. Document núm. 8, 52 pàgines.
- Iraugi i altres: Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias*, 24 (2) 131-147, 1999.
- La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral*. Madrid: Departamento Confederal de Servicios Sociales de la UGT, 1987.
- Landeta, J.: *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre*. Barcelona: Ariel Practicum, 1999.

- Lilly, R. i altres: *Sociality in methadone treatment: understanding methadone treatment and service delivery as a social process* (pendent de publicació).
- Lilly, R. i altres: *Juggling multiple roles; staff and client perceptions of keyworker roles and the constraints on delivering counselling and support services in methadone treatment* (pendent de publicació).
- Longabaugh, R. i altres: Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol*, suplement 12: 119-129, 1994.
- Memòria del Programa PREINFANT. Barcelona: ABS (2000).
- Morales, J.F.; Blanco, A.; Huici, C.; Fernández, J.M.: *Psicología Social Aplicada*. Biblioteca de Psicología. Desclee de Brower. Bilbao, 1985.
- Neale, J.: Drug users' views of drug service providers. *Health and Social Care in Community* 6 (5), 308-317, 1998.
- Neale, J.: «Drug users' views of prescribed methadone. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 5 (1), 33-45, 1998.
- Encuesta sobre consumidores de heroína en tratamiento (ECHT)*. Plan Nacional sobre Drogas, 1996. Informe provisional.
- Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social, 1987.
- Reno, R.R./Aiken, L.S.: Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *The International Journal of the Addictions*, 28 (3), 211-232, 1993.

- Rodríguez Cabrero, G.: *La integración social de drogodependientes*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas, 1998.
- Rodríguez-Martos, A.: Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 6 (4), 353-372, 1994.
- Ruiz de Apodaca, J. i altres: Estudio preliminar de la calidad de vida en adictos a la heroína en el programa de objetivos intermedios. *XXI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Bilbao, 1994.
- Ruz, I. i altres: Pacientes toxicómanos en PMM: evaluación del perfil de gravedad psicosocial y orgánico en atención primaria. *Atención Primaria*, 21 (6), 384-388, 1998.
- Swiss Federal Office of Public Health. Addiction Research Foundation: *Swiss Metadhone report. Narcotic substitution in the treatment of heroin in Switzerland*, 1996.
- Segest, E. i altres: The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up. *The international journal of the addictions*, 25 (1), 53-63, 1990.
- Sistema d'informació sobre drogodependències de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Dep. de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències, 1997 i 1998.
- Tello, C. i altres: Impacto de las toxicomanías parentales en los malos tratos infantiles. *V Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. València, noviembre, 1998.
- Tello, C. i altres: Impacto de las toxicomanías parentales en los malos tratos infantiles de Lleida. *Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Portugal, 2001.

Torrents, M. i altres: Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92 (6), 707-716, 1997.

Trujillo i altres: Gestantes toxicómanas en PMM. Resultados preliminares. *Adicciones*, 613-617, 1996.

ANNEX 1:

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DE LOS PMM

Octubre de 2000

CUESTIONARIO N°.....
(no rellenar por el entrevistador)

Estamos realizando un estudio en toda Catalunya entre las personas que participáis en programas de mantenimiento con metadona (en adelante le diremos PMM). El **objetivo** es poder conocer aspectos importantes para saber cuáles són las mejores formas de ayudaros a vosotros y a vuestros familiares. Para ello necesitamos tu **colaboración** respondiendo a este cuestionario, cuya respuesta dura aproximadamente una hora. Agradecemos mucho tu colaboración. Los datos serán **confidenciales**. La colaboración en el estudio es **voluntaria**.

Es muy importante que seas sincero y «legal» en las respuestas. Si prefieres no contestar a alguna de las preguntas, no la contestes.

Si no entiendes alguna palabra de alguna de las preguntas o de las respuestas dímelo y te la aclararé. Al final de la entrevista te pagaré las 2.000 ptas. acordadas.

1. Sexo de la persona entrevistada (preguntar sólo en caso de duda)

Hombre 1

Mujer 2

2. ¿Estás actualmente en un programa de mantenimiento con metadona?

Sí 1 P3 y P4

No 2 P5

NS/NC 3

3. ¿Desde hace cuánto tiempo estás en un PMM?

.....

4. ¿Cuánto tiempo más esperas estar en un PMM?

Menos de un año 1

De un año a dos 2

Más de dos años 3

No me lo he planteado 4

Depende del consejo del terapeuta 5

NS/NC 6

5. ¿Por qué dejaste el PMM?

Pasé al programa Libre de Drogas 1

Expulsión 2

Abandono 3

Prisión 4

Otros 5

NS/NC 6

6. ¿Cuál es el máximo curso y nivel de estudios que has aprobado?

No sabe leer ni escribir	1
Estudios primarios incompletos	2
Estudios primarios, certificado de escolaridad o educación primaria	3
Bachillerato elemental, graduado escolar o ESO	4
Bachillerato superior, BUP, COU, FP de 1 ^{er} o 2 ^o grado	5
Otras titulaciones para las cuales se requiere graduado, ESO o equivalentes	6
Título universitario de grado medio, FP de grado superior (LOGSE)	7
Título universitario de grado superior	8
Otras titulaciones superiores para las cuales se requiere bachillerato, BUP o bachiller LOGSE	9
NS/NC	10

VIVIENDA Y ENTORNO

La zona en la que vives es:

	SÍ	NO	NS/NC
Conflictiva			
Hay bastante tráfico de drogas			
Hay mucho paro			
Está muy aislada			
Rechaza a las personas como yo			
Otros (especificar)			
Tiene buenos equipamientos (sanitarios, educativos, deportes, tiempo libre, otros)			
En caso negativo ¿cuáles le faltan?			

8. ¿Dónde vives?

En una vivienda de tu propiedad	1
En una vivienda de propiedad de algún familiar tuyo	2
En una vivienda de alquiler	3
En una residencia colectiva (albergue municipal, piso protegido...)	4
En un piso ocupado	5
Sin vivienda estable: aquí y allá	6
Otros (en la calle, etc.) especifica	7
NS/NC	8

9. ¿Tienes acceso a ducha en tu vivienda?

Sí	1	
No	2	☛ P10
NS/NC	3	

10. ¿Tienes agua corriente?

Sí	1
No	2
NS/NC	3

11. ¿Estás contento/a con el tipo de vivienda en la que vives?

Mucho	1
Bastante	2
Poco	3
Nada	4
NS/NC	5

TIEMPO LIBRE, RELACIONES SOCIALES
Y APOYO SOCIAL

12. ¿Haces tus actividades: comidas, dormir, trabajo, ver amigos, etc., de forma habitual?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 3

13. ¿Me podrías explicar brevemente qué has hecho habitualmente en un día laborable el último mes?

.....

.....

.....

.....

14. ¿Me podrías explicar brevemente qué has hecho habitualmente en un domingo o día festivo el último mes?

.....

.....

.....

.....

15. ¿Qué recursos de tiempo libre utilizas actualmente?

.....

.....

.....

.....

16. Desde que estás en un PMM, ¿cómo ha evolucionado tu utilización del tiempo libre?

- | | | | |
|--------------------|---|-----------------------|-----|
| Ha mejorado mucho | 1 | <input type="radio"/> | P17 |
| Ha mejorado | 2 | <input type="radio"/> | P17 |
| Igual | 3 | <input type="radio"/> | |
| Ha empeorado | 4 | <input type="radio"/> | |
| Ha empeorado mucho | 5 | <input type="radio"/> | |
| NS/NC | 6 | <input type="radio"/> | |

17. ¿En qué aspectos concretos ha mejorado?

.....

18. ¿ Desde que estás en un PMM, ¿cómo han evolucionado tus relaciones sociales con la gente en general?

- | | | | |
|--------------------|---|-----------------------|-----|
| Ha mejorado mucho | 1 | <input type="radio"/> | P19 |
| Ha mejorado | 2 | <input type="radio"/> | P19 |
| Igual | 3 | <input type="radio"/> | |
| Ha empeorado | 4 | <input type="radio"/> | |
| Ha empeorado mucho | 5 | <input type="radio"/> | |
| NS/NC | 6 | <input type="radio"/> | |

19. ¿En qué aspectos concretos han mejorado?

.....

20. ¿Te planteas actualmente algún objetivo concreto para mejorar el uso de tu tiempo libre?

- | | | |
|-------|---|-------------|
| Sí | 1 | Cuál? |
| No | 2 | |
| NS/NC | 3 | |

21. A continuación tienes una lista de situaciones que se pueden producir en tu vida cotidiana. Señala del 1 al 5 lo que otras personas hacen o pueden hacer para ayudarte:

(1 se refiere a tener menos ayuda de la que deseas y 5 se refiere a tener tanta ayuda como deseas). Ayudar a que elijan una opción, nunca una intermedia

	menos de lo que deseo/ tanto como deseo				
	1	2	3	4	5
1. Tengo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
2. Recibo amor y afecto					
3. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa					
4. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
5. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
6. Tengo personas que se preocupan de lo que me pasa					
7. Recibo consejos útiles cuando me pasa alguna cosa importante en la vida					
8. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama					

22. ¿Te dan apoyo las personas con las que convives o los familiares mas cercanos?

Sí, todos 1  P23

Unos sí, otros no 2  P23

No 3

23. ¿Qué tipo de apoyo te dan?

.....

24. ¿A cuántas personas podrías recurrir en caso de un problema muy importante?

.....

25. En caso de señalar una o varias personas ¿Qué relación tienes con ellas? (puedes señalar más de una persona)

padre	1
madre	2
pareja	3
hermanos	4
otros familiares	5
amigos	6
otros	7
NS/NC	8

SALUD

26. ¿Padeces algún problema crónico de salud que interfiera en tu vida?

Sí	1	☛	P27
No	2		
NS/NC	3		

27. ¿Cuál/es?

28. ¿Haces seguimiento médico de este/os problemas?

- Sí 1 ¿Cada cuánto tiempo haces este seguimiento?
- No 2
- NS/NC 3

29. ¿Has mirado si tienes derecho a alguna ayuda por ello?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 3

30. ¿Haces control en el dentista de la salud de tu boca?

- Sí 1
- No 2 ¿Por qué?
- NS/NC 3

31. ¿Cuántas comidas (calientes, dos platos, sentado en la mesa) haces al día?

- Una 1
- Dos 2
- Tres 3
- Más de tres 4
- Depende 5
- NS/NC 6

32. Aproximadamente, ¿cuántas horas duermes? (entre el día y la noche)

33. ¿Cuál es tu profesión?

34. ¿Cuál es tu nivel de cualificación profesional? ...
.....

35. ¿Estás apuntado/a al Servei Català d'Ocupació o a la Oficina de empleo del INEM?

Sí	1
No	2
No procede	3
NS/NC	4

36. ¿Tienes algún problema que te dificulte trabajar?

Sí	1	☛	P37
No	2		
NS/NC	3		

37. ¿Qué tipo de problema?

Una disminución	1	☛	P38
Otro problema de salud	2		
No puedo arriesgarme a perder las ayudas que tengo	3		
Otros	4		
NS/NC	5		

38. ¿Cuál es el porcentaje de disminución?

.....

NS/NC

A continuación voy a preguntarte sobre tu vida laboral.

39. ¿Cuál era tu situación laboral el año anterior a consumir heroína cada día? (año)

..... (ver listado de opciones, poner dos como máximo)

40. ¿Cuál era tu situación laboral cuando comenzaste a consumir heroína cada día? (año)

..... (ver listado de opciones, poner dos como máximo)

41. ¿Cuál es tu situación laboral durante este año? (año 2000)

..... (ver listado de opciones, poner dos como máximo)

42. ¿Cómo crees que el consumo de drogas te ha influido en tu vida laboral?

Muy positivamente	1
Positivamente	2
No ha influido	3
Negativamente	4
Muy negativamente	5
NS/NC	6

43. ¿Qué quieres conseguir en el mundo laboral? (puedes señalar varias respuestas)

Formación profesional, ¿cuál?.....	1
Trabajo a tiempo parcial (media jornada)	2
Trabajo a jornada completa	3
Ya estoy bien así	4
Otros	5
NS/NC	6

44. ¿Te planteas actualmente algún objetivo concreto de mejora laboral?

- Sí 1 ¿Cuál?
- No 2
- NS/NC 3

45. ¿Alguien te está asesorando o apoyando para conseguirlo? (puedes señalar varias respuestas)

- El centro de tratamiento 1
- La familia 2
- El centro, la familia 3
- Sólo yo 4
- Otros (especificar)..... 5
- NS/NC 6

46. ¿Has hecho o estás haciendo alguna de las siguientes actividades de formación laboral en los últimos 2 años?

	sí	no
Escuelas taller		
Orientación laboral		
Formación ocupacional		
Talleres de ocupación		
Planes de empleo		
Cursos dentro del PIRMI/RMI		
Otros (especificar)		

SÓLO PARA LOS QUE ESTÁN EN FORMACIÓN
OCUPACIONAL

47. ¿Te pagan por asistir al curso?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 3

48. ¿Has buscado trabajo durante el último año?

- Sí 1 ¿Dónde lo has buscado?
- No 2
- NS/NC 3

49. ¿Has recibido ofertas de trabajo en los últimos dos años?

- Sí 1 ¿Cuántas?
- No 2
- NS/NC 3

50. ¿Las aceptaste?

- Sí 1 ¿Cuáles aceptaste?
- No 2 ➔ P51
- NS/NC 3

51. ¿Cuáles han sido los principales motivos para no aceptarlas?

.....

52. Tu SITUACIÓN LABORAL desde que estás en un PMM ¿cómo ha evolucionado?

- Ha mejorado mucho 1 ➔ P53
- Ha mejorado 2 ➔ P53

Igual	3
Ha empeorado	4
Ha empeorado mucho	5
NS/NC	6

53. ¿En qué aspectos concretos ha mejorado?

.....

54. En relación con tu formación profesional desde que entraste en un PMM, ¿cómo ha evolucionado?

Ha mejorado mucho	1	<input type="checkbox"/>	P55
Ha mejorado	2	<input type="checkbox"/>	P55
Igual	3		
Ha empeorado	4		
Ha empeorado mucho	5		
NS/NC	6		

55. ¿En qué aspectos concretos ha mejorado?

.....

56. ¿Qué ingresos económicos tienes al mes, aproximadamente, sea cual sea la fuente a través de la cual lo consigues? (haz una media de los últimos tres meses)

Menos de 50.000 ptas.	1
Entre 50.000 y 75.000 ptas.	2
Entre 76.000 y 100.000 ptas.	3

Entre 101.000 y 150.000 ptas.	4
Entre 151.000 y 175.000 ptas.	5
Entre 176.000 y 200.000 ptas.	6
Entre 201.000 y 250.000 ptas.	7
Entre 251.000 y 300.000 ptas.	8
Más de 300.000 ptas.	9
NS/NC	10

SÓLO PARA LOS QUE ESTÁN EN PARO

57. ¿Cuánto tiempo llevas en paro?

58. ¿Cómo logras los medios o ingresos para vivir?

(puedes señalar más de una respuesta)

Ayuda de la familia	1
Me ayudan esporádicamente los amigos	2
Ayudas de instituciones (Cáritas, Cruz Roja, ayuntamiento, etc.)	3
«Trapicheo» (Tráfico en pequeña escala)	4
«Otras cosillas» (Robos, prostitución)	5
Otros	6
NS/NC	7

SÓLO PARA LOS QUE TIENEN ALGÚN TIPO DE OCUPACIÓN LABORAL

59. ¿Qué grado de satisfacción te proporciona tu trabajo actual?

Mucho	1
Bastante	2
Poco	3
Nada	4
NS/NC	5

RELACIONES FAMILIARES

60. ¿Cuál es tu estado civil? *Se trata del estado legal, independientemente de con quien conviva.*

Soltero	1
Casado	2
Convivencia de hecho	3
Separado/divorciado	4
Viudo	5
Otros (especificar).....	6
NS/NC	7

	61. ¿Con quién convivías 6 meses antes de iniciar el actual PMM? (elige la opción que fue más frecuente)	62. ¿Con quién has estado conviviendo durante los últimos 6 meses? (elige la opción más frecuente)
solo		
con padres, tíos...		
con amigos		
con mi pareja		
en una institución		
sin domicilio		
familia de acogida		
otros		

63. ¿Sueles colaborar en tareas domésticas?

Sí, siempre	1
Sí, a veces	2
No	3
NS/NC	4

64. ¿Cómo han evolucionado las relaciones con tu familia de origen desde que estás en un PMM?

- Ha mejorado mucho 1 P65
- Ha mejorado 2 P65
- Igual 3
- Ha empeorado 4
- Ha empeorado mucho 5
- NS/NC 6

65. ¿En qué aspectos concretos han mejorado?

.....

.....

.....

66. ¿Cómo ha evolucionado tu relación de pareja desde que estás en un PMM?

(puedes elegir más de una respuesta)

- Ha mejorado mucho 1 P67
- Ha mejorado 2 P67
- Igual 3
- Ha empeorado 4
- Ha empeorado mucho 5
- Tenía pareja y ahora no tengo 6
- No tenía pareja y ahora sí tengo 7
- No tenía pareja y sigo sin tenerla 8
- Otros 9
- NS/NC 10

67. ¿En qué aspectos concretos ha mejorado?

.....

.....

.....

68. ¿Cuántos hijos propios tienes/has tenido? (incluye sólo los hijos propios y no los de tu pareja)

Número de hijos:

NS/NC

SÓLO PARA LOS QUE TIENEN HIJOS

69. Edad de cada hijo	70. ¿Con quién viven ahora?	71. ¿Necesitas o necesitáis algún apoyo para mejorar su atención y educación?

72. Desde que estás en el PMM, la relación con tus hijos, la atención hacia ellos y su cuidado ¿cómo han evolucionado?

- Han mejorado mucho 1
- Han mejorado 2
- Igual 3
- Han empeorado 4
- Han empeorado mucho 5
- No procede 6
- NS/NC 7

73. ¿Te planteas actualmente algún objetivo concreto de mejora familiar?

- Sí 1 ¿Cuál?
- No 2
- NS/NC 3

SÓLO PARA LAS MUJERES:

74. ¿Tuviste ayuda suficiente durante el embarazo y el primer año de vida de tus hijos?

- Mucha 1 P75
- Bastante 2 P75
- Poca 3 P76
- Ninguna 4 P76
- NS/NC 5

75. ¿De quién tuviste ayuda?

.....

.....

.....

76. ¿De quién te hubiera gustado tener ayuda?

.....

.....

.....

ASPECTOS LEGALES

77. ¿Tienes juicios pendientes?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 3

78. ¿Tienes condenas pendientes?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 3

79. ¿Estás cumpliendo alguna pena alternativa a la de prisión?

Sí	1
No	2
NS/NC	3

SÓLO EN EL CASO DE TENER CONDENAS O JUICIOS PENDIENTES,

80. ¿Estás informado de la existencia de penas alternativas a prisión?

Sí	1
No	2
NS/NC	3

81. ¿Consideras que tus juicios o condenas pendientes son suficientemente importantes para dificultar tu actividad laboral o formativa?

Mucho	1
Bastante	2
Poco	3
Nada	4
NS/NC	5

82. ¿Consideras que tienes suficiente apoyo legal?

Sí	1
No	2
NS/NC	3

83. ¿Has estado alguna vez en la prisión mientras estabas en un PMM?

Sí 1  P84

No 2

NS/NC 3

84. ¿Se te ha interrumpido el PMM por el hecho de haber estado alguna vez en la prisión?

Sí 1

No 2

NS/NC 3

CONSUMO DE OTRAS DROGAS

¿Podrías indicar qué drogas tomabas o tomas y con qué frecuencia?

	6 meses antes del PMM D=diariamente F=con frecuencia E=esporádicamente M=nunca	6 ultimos meses D=diariamente F=con frecuencia E=esporádicamente M=nunca
85. Alcohol		
86. Pastillas ¿cuáles?		
87. Cocaína		
88. Heroína		

SOBRE LOS RECURSOS UTILIZADOS

¿Has utilizado/estás utilizando durante el tratamiento...?	SÍ	NO	89. Valora con una o dos palabras tu experiencia con...	90. Valora la utilidad que para ti supone/ha supuesto utilizar...			
				Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Visitas médicas del CAS							
2. Visitas del terapeuta del CAS							
3. Grupos terapéuticos de apoyo							
4. Análíticas de orina							
5. Unidad de desintoxicación en el hospital							
6. Centro de día							
7. Talleres							
8. Pisos de reinserción							
9. Comunidad terapéutica							
10. Programas de reinserción sociolaboral							
11. Servei Català d'Ocupació							
12. Cursos de formación							
13. Servicios sociales							
14. Servicios de urgencias							
15. Albergues							
16. Comedores							
17. Amigos							
18. Asociaciones de ex-toxicómanos							
19. Voluntarios							
20. Otros (especificar)							
21. Todo el PMM							

En los recursos 2 y 3, si responde «no» preguntar:

91. ¿Te han ofrecido alguna vez visitas con un terapeuta en el centro de tratamiento?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 3

92. ¿Te han ofrecido alguna vez acudir a grupos terapéuticos de apoyo?

- Sí 1
- No 2
- NS/NC 3

93. ¿Qué quitarías de los programas de metadona?

.....

.....

.....

.....

94. ¿Qué añadirías a los programas de metadona?

.....

.....

.....

95. Para acceder a algún recurso durante el programa de metadona ¿has estado en lista de espera?

- Sí 1 P96
- No 2
- NS/NC 3

96. ¿Para acceder a cuál/es?

.....

97. ¿Has pedido durante el programa de metadona prestaciones sociales (*pnc, pirmi...*)?

Sí	1	☛	P98
No	2		
NS/NC	3		

98. Si habiéndolas pedido no te las han dado, ¿cuál ha sido el motivo?

.....

99. ¿Qué tipos de recursos (sociales, laborales, tiempo libre...) crees que hubieras necesitado tener durante el programa de metadona?

.....

100. ¿Conoces alguna revista editada por usuarios de programas de metadona?

Sí	1	¿Cuál?
No	2	
NS/NC	3	

¿Qué te ha parecido la entrevista?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A RELLENAR POR EL/LA ENTREVISTADOR/A

Nombre del centro prescriptor

(cuatro dígitos:)

Nombre y apellidos del entrevistado:

Teléfono de contacto del entrevistado:

Nombre y apellidos del entrevistador:

Mes, día y hora de la entrevista

Duración de la entrevista:

1. *Observación del entrevistador* sobre el aspecto personal del entrevistado

Muy descuidado 1

Descuidado 2

Correcto 3

Muy arreglado 4

2. *Observación del entrevistador* sobre el nivel de atención/activación del entrevistado

Colocado 1

Algo colocado 2

Atento, despierto 3

3. ¿Qué grado de sinceridad estimas que tienen las respuestas dadas por el entrevistado?

Muy alto 1

Alto 2

Medio 3

Bajo 4

Muy bajo 5

4. Durante la entrevista, a parte de ti **¿ha habido alguna otra persona** que ha oído una parte importante de la entrevista?

Sí 1 ¿Quién?

No 2

OBSERVACIONES:

ANNEX 2: QÜESTIONARI PER AL TERAPEUTA

Li demanem aquesta breu informació per completar la nostra anàlisi sobre la situació de les persones entrevistades al nostre estudi sobre qualitat de vida dels usuaris dels PMM i les seves famílies..

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

CAS de

Nom del terapeuta

Nom de l'usuari

Núm. de qüestionari

Quin és el nivell d'exigència del PMM al qual participa o participava l'usuari?

1. Alt
2. Mitjà
3. Baix

Com han evolucionat aquests aspectes des que aquest usuari està en el PMM?

	Temps lliure	Relació amb la família d'origen	Relació amb la parella	Relació amb els fills	Relacions socials	Formació/ estudis	Situació laboral
Ha millorat molt							
Ha millorat							
Igual							
Ha empitjorat							
Ha empitjorat molt							
No és procedent							
NS/NC							

En quin moment està l'usuari en el seu procés de reinserció sociolaboral?

1. Inicial
2. Mitjà
3. Avançat
4. No és procedent

Li han mancat o li estan mancant a l'usuari alguns recursos per millorar la seva qualitat de vida?

1. Sí
2. No

En cas afirmatiu, quins recursos creu que li han mancat/li estan mancant?

Socials. Especificar....

Laborals. Especificar....

Sanitaris. Especificar....

Altres. Especificar...