

PROGRAMA TERAPEUTICO

- 1. Principios generales**
- 2. Objetivos generales**
- 3. Objetivos específicos**
 - a. Área biológica**
 - b. Área psicológica**
 - c. Área social**
 - d. Educativo-Ocupacional**
- 4. Funciones y actividades a desarrollar**
- 5. Referentes teóricos-metodológicos**
- 6. Área social. Entrevista de acogida**
- 7. AREA BIOLOGICA**
 - a. Programa terapéutico farmacológico**
- 8. AREA PSICOLOGICA**
 - a. Evaluación psicológica**
 - b. Programa terapéutico psicológico**
- 9. Finalización del tratamiento**

JUAN FRANCISCO GARZON CABRERA. Psicólogo C.C.D.A. Berja.

1.- PRINCIPIOS GENERALES

El “II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones” es el referente inmediato, en el que se establece como objetivo general “promover la toma de decisiones responsables respecto a las sustancias y actividades adictivas incidiendo en los factores personales y sociales implicados en las mismas, favoreciendo la disminución de las consecuencias negativas del consumo y las adicciones, proporcionando los recursos para su atención y priorizando la normalización social de los afectados.”

En este sentido el II Plan toma como principios básicos los de:

- Responsabilidad Pública: mediante la adscripción por los poderes públicos de recursos financieros, humanos y materiales adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.

- Solidaridad: mediante la justa distribución de los recursos tanto en las personas y grupos sociales como entre los distintos ámbitos territoriales, a fin de fomentar la colaboración y apoyo recíproco y superar las condiciones que dan lugar a la marginación.

- Igualdad y Universalidad: mediante la atención de todos los ciudadanos sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, edad, ideología o creencia.

- Participación: mediante la intervención de los ciudadanos y usuarios a través de los Consejos Asesores sobre Drogodependencias.

- Prevención: mediante la adopción de medidas orientadas a la eliminación de las causas de la drogodependencia y la marginación asociada, siendo éste el elemento clave de nuestras actuaciones.

- Globalidad e Integralidad: mediante la consideración integral de la persona y de los grupos sociales y no sólo de sus aspectos parciales.

- Normalización e Integración: mediante la utilización de los cauces que la sociedad establece para la satisfacción de las necesidades sociales y culturales, respetando el medio familiar, el entorno social y el derecho a la diferencia.

- Planificación y Coordinación: mediante la adecuación de los recursos a las necesidades sociales y la armonización de las entidades pública entre sí y de éstas con la iniciativa social.

- Descentralización: mediante el progresivo desplazamiento de la gestión de los recursos hacia los órganos e instituciones más próximas al usuario.

La intervención asistencial a drogodependientes encuadrada en el área de atención socio-sanitaria, contempla los siguientes principios:

- Individualización: la atención a la persona con problemas de adicción será adaptada a sus necesidades y características personales y sociales, realizándose un Plan de Tratamiento Individual (PTI) y un seguimiento para cada una de ellas.

- Flexibilidad: en todo momento habrá que adaptarse a las necesidades y a los cambios que se vayan produciendo.

- Integralidad: el abordaje debe ser biopsicosocial, considerando a la persona en su totalidad e interviniendo en todas las áreas afectadas como consecuencia de su adicción. Es por ello por lo que se requerirán equipos de profesionales de varias disciplinas que actuarán desde un modelo de intervención interdisciplinar.

- Participación: la persona con problemas de adicción tiene derecho a participar en su propia recuperación conociendo en todo momento la evolución de su tratamiento.

- Diversificación: Incrementando la oferta de recursos y programas asistenciales y de incorporación social, abriendo nuevos caminos en el campo de la investigación, análisis y evaluación de las actuaciones.

- Complementariedad: convivirán en todo momento los programas dirigidos tanto a la abstinencia como los dirigidos a la reducción de los riesgos y daños.

- Confidencialidad: se asegura la confidencialidad y protección de los datos de acuerdo a lo estipulado en la legislación vigente.

2.- OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos del Centro Comarcal de Drogas se rigen según el catálogo de servicios asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio:

- Atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones, desde un modelo de atención integrada, coordinado con la Red Sanitaria y de Servicios Sociales y adaptado a las necesidades individuales.
- Orientar y asesorar a familias y usuarios.
- Facilitar la desintoxicación, deshabituación y tratamientos con sustitutivos de las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios para ello.

- Favorecer el proceso de maduración personal y social, desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su incorporación social.
- Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

3.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.1.- AREA BIOLÓGICA

- Atender la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico.
- Prevenir, detectar y atender la patología orgánica y psiquiátrica asociada a las conductas adictivas.
- Valorar y en su caso incluir en tratamientos sustitutivos a aquellos pacientes que lo requieran.
- Formar en Educación para la Salud (profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas, adquisición de hábitos saludables, etc.)

3.2.- AREA PSICOLÓGICA

- Realizar el diagnóstico y la valoración de la conducta adictiva.
- Motivar al usuario para que tome conciencia del problema, adquiera un compromiso y alcance el deseo de cambio.
- Motivar a la familia o miembros relevantes del paciente, a participar en el proceso terapéutico.
- Negociar con el propio usuario los objetivos terapéuticos y las estrategias necesarias para alcanzarlos.
- Extinguir actitudes y conductas desadaptativas y enseñar un repertorio de nuevos recursos personales favorecedores de un estilo de vida más saludable.
- Enseñar estrategias para el manejo de la ansiedad y aumento de la autoestima y autoeficacia (creencia del usuario sobre su habilidad para resolver sus problemas), así como técnicas de autocontrol ante situaciones conflictivas en relación a su adicción.
- Enseñar habilidades sociales y técnicas de asertividad para el abordaje de problemas de relaciones interpersonales (familiares, de pareja, amigos, etc.) que faciliten su incorporación social.
- Analizar y prevenir posibles recaídas.

3.3.- AREA SOCIAL

- Conocer y orientar los aspectos educativos, formativos, prestaciones sociales, vivienda, judiciales y sociolaborales para promover la normalización social mediante la gestión y coordinación en su caso, tanto de los recursos generales como específicos.
- Intervenir durante el proceso terapéutico en todas aquellas circunstancias judiciales, administrativas, económicas y sociolaborales que puedan afectar al mismo.
- Seguimiento, en coordinación con el resto del equipo, de los objetivos terapéuticos y metas propuestos con el paciente y su familia.
- Exploración de la dinámica familiar y su entorno para el conocimiento, detección e intervención ante situaciones de riesgo y/o daño.

3.4.- AREA EDUCATIVO-OCUPACIONAL

- Fomentar el aprovechamiento del tiempo libre.
- Facilitar la formación en el ámbito ocupacional y prelaboral.
- Normalización de hábitos de los usuarios.

4.- FUNCIONES Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Las funciones y actividades del Centro Comarcal de Drogas, serán las especificadas para los Centros de Tratamiento Ambulatorio, entre ellas:

- Ejecutar los acuerdos del Centro Provincial del que dependan, que se refieran a planes de prevención, en base a coordinar su seguimiento y realizar su puesta en funcionamiento.
- Servir como Centro Especializado en la atención primaria de las toxicomanías.
- Actuar como órgano de información ciudadana del fenómeno de la droga.
- Colaborar con las instituciones sanitarias para la rehabilitación de los toxicómanos.

Además de las anteriores, los CTA realizan las siguientes **funciones**:

- Concreción en su demarcación territorial de las actuaciones definidas en el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

- Desarrollo de un sistema de información (comarcal) dirigido, tanto a los ciudadanos como a la obtención de información sobre la realidad del uso problemático de drogas.
- Asesoramiento y apoyo de los programas de carácter preventivo que se realicen en su demarcación territorial.
- Actuación como estructura especializada en el tratamiento del alcoholismo y las drogodependencias.
- Coordinación con las instituciones de rehabilitación y reinserción, asesorando el desarrollo de sus programas, prestando apoyo terapéutico cuando lo requieran y centralizando la derivación de pacientes.
- Coordinación de los distintos programas de prevención, asistencia y reinserción como eje referencial de cualquier actuación en materia de drogas y adicciones bajo los principios de coordinación y participación.

Las **actividades** de los CTA giran en torno a las tres áreas de la intervención en drogodependencias y adicciones:

Área de Prevención:

- Coordinación, asesoramiento, organización, orientación y gestión de programas, actividades y campañas de prevención en los siguientes ámbitos:
 - Familiar: cursos de formación y talleres de entrenamiento en habilidades educativas para padres, cursos dirigidos a las AMPAs, intervenciones en Escuela de Adultos.
 - Educativo: formación de profesores (seminarios y grupos de trabajo, formación en centros, orientación y asesoramiento a centros educativos), desarrollo y aplicación de programas en el ámbito escolar.
 - Laboral: convenios para la realización de cursos de prevención en éste ámbito.
 - Comunitario: programa “Ciudades ante las Drogas”, campañas de prevención de los consumos problemáticos de alcohol, pastillas, cocaína y otras drogas, campañas en los medios de comunicación.
 - Coordinación de programas preventivos de reducción de riesgos y daños, dirigidos a la población juvenil, etc.

Área asistencial:

- Información, orientación y asesoramiento.

- Desintoxicación: ambulatoria.
- Deshabitación: ambulatoria. Con apoyo psicoterapéutico, psicosocial y farmacológico.
- Detección e identificación de drogas de abuso.
- Seguimiento e intervención médica, psicológica y social.
- Derivación a recursos provinciales: centro provincial de drogas unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH), comunidades terapéuticas (CT).

Área de incorporación social.

- Coordinación, derivación y seguimiento de usuarios a los recursos socio-educativos: Centros de Día, educación de adultos, escuelas talleres, enseñanzas normalizadas.
- Coordinación, derivación y seguimiento de usuarios a recursos de alojamiento y de atención a las necesidades básicas: viviendas de apoyo al tratamiento y de apoyo a la reinserción, albergues, comedores sociales, programa de solidaridad con los andaluces, Centros de Emergencia Social.
- Coordinación, derivación y seguimiento de usuarios a recursos de incorporación laboral: Programa de Red de Artesanos, Programa Arquímedes, INEM, Agencias de Colocación, FPO, Cursos varios de formación laboral que se organicen desde el CTA, etc.
- Coordinación, derivación y seguimiento de usuarios a los Servicios Sociales Comunitarios para el acceso a las prestaciones básicas del sistema público de Servicios Sociales (ayuda a domicilio, reinserción, participación, ayudas económicas, etc.).

5.- REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

Como referentes teóricos y en función del carácter multicausal del problema de las drogodependencias, se toma como marcos de referencia teórico-prácticos los siguientes modelos:

De forma general, se toma el modelo de Promoción de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (1986). Dicho modelo, tiene como postulado básico, el fomento de estilos de vida, que mejoren las condiciones necesarias para que las personas puedan incrementar el control y mejorar los factores que condicionan e influyen en su salud. La salud es considerada como un recurso

para la vida diaria y no como el objetivo final, se promueve por tanto, la búsqueda y mantenimiento activo de la salud como objetivo general.

Aplicando el modelo de Promoción de la Salud al ámbito de las drogodependencias, se definen e identifican los factores que condicionan la prevalencia del consumo de drogas. Como modelo de referencia general se pretende el diseño de políticas globales de intervención, en la que se fomente las actuaciones a diferentes niveles, de un modo integrado y con un carácter integral. Se definen, factores de accesibilidad, disponibilidad, estrategias de promoción, política educativa y sanitaria, en la que se modifican creencias y actitudes sociales frente a las drogas, percepción del riesgo asociado al uso de cada droga, y en el que se incrementa las habilidades personales y sociales y de rechazo.

A nivel preventivos se ha puesto de manifiesto la complejidad del problema y la necesidad de afrontarlo de una forma global e integradora desde las diferentes perspectivas: personal, familiar y social, laboral, etc..., ya que la drogadicción se manifiesta como el resultado de la interacción del individuo con el entorno, siguiendo el modelo de influencia social (Botvin, 1990), donde interactúan características personales (psicobiológicos) con factores familiares, educativos, ambientales, sociales, etc, dando lugar a una serie de factores, tanto de riesgo como de protección, que interactúan de forma conjunta y compleja facilitando o dificultando el consumo problemático.

A nivel asistencial, la modalidad de tratamiento empleada está basada en el **modelo médico-psiquiátrico** de enfermedad crónica que se aplica hoy en día a las adicciones. Aunque se concibe como una enfermedad, el abordaje terapéutico concede igualmente un papel relevante a la motivación y los recursos interiores del sujeto en el proceso de cambio personal. Dicho abordaje tiene como marco teórico el **enfoque cognitivo-conductual-social**, el cual se concreta en una metodología activa, participativa y formativa a través de la transmisión de contenidos, intercambios de experiencias, resolución de problemas, etc. La consecución del objetivo de abstinencia se gradúa en varias fases, según el **Modelo Transteórico del Cambio en Conductas Adictivas** que describen Prochaska y Di Clemente. Las líneas maestras de las distintas intervenciones se enmarcan en una actuación de carácter interdisciplinar que facilita a los pacientes la consecución de la necesaria capacidad de autocontrol a partir de la percepción de autoeficacia.

A este nivel, la intervención en drogodependencias también se apoya en la **terapia multisistémica**, como enfoque terapéutico que da un papel relevante a la homeostasis del individuo y al papel que juega las sustancias en dicho equilibrio-desequilibrio. Enfatiza el tratamiento al individuo desde una óptica bio-psico-social del proceso adictivo.

La concepción por tanto, que se toma del problema de adicción a las drogas no consiste solamente en la conducta de consumo, sino que forma parte de un particular estilo de vida.

Desde este punto de vista no solo se tiene en cuenta las sustancias y sus características sino las áreas que se han visto afectadas, el entorno de relación en el se desenvuelven, las habilidades que posee el sujeto y las que han podido ser afectadas o deterioradas.

También se tiene en cuenta las siguientes aproximaciones:

1. La Prevención de Recaídas: Conjunto de estrategias terapéuticas de carácter cognitivo-conductual, inicialmente diseñadas para la prevención del fenómeno de la recaída en el ámbito del alcoholismo, pero que posteriormente se ha aplicado a cualquier otro campo adictivo, con especial incidencia en el abuso y dependencia de la cocaína.
2. La Psicoterapia Expresiva de Apoyo: De especial interés en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona, singularmente con pacientes que presentan problemas de salud mental combinados con el patrón adictivo. Enmarcadas en el campo de las terapias dinámicas breves, esta aproximación terapéutica presta especial atención al análisis de la relación entre sentimientos, conductas y drogas.
3. El Consejo Individualizado: Aunque nunca muy bien definido, el Consejo Individualizado agrupa una serie de estrategias psicológicas y sociales de diversa índole y de difícil etiquetado pero que mayoritariamente podrían estar inscritas dentro del ámbito de la modificación de conducta, con especial hincapié en los problemas derivados o asociados al consumo de drogas. Así, por ejemplo, hace énfasis en el establecimiento de metas a corto plazo, elabora estrategias de afrontamiento adecuadas a los problemas asociados con la abstinencia y orienta al paciente hacia los servicios comunitarios más adecuados para cubrir sus carencias médicas, sociales, económicas, de empleo, etc.
4. La Terapia de Incremento Motivacional: Es una técnica de consejo psicológico que busca incrementar la motivación del paciente para que abandone las drogas. Básicamente busca utilizar los recursos intelectuales del paciente o los elementos de su entorno que faciliten el cambio deseado hacia la abstinencia. El método básico es la entrevista. El conjunto de estrategias para motivar al paciente se resumen en:
 - (A) Dar consejo de abandonar las drogas,

- (B) Explorar los obstáculos que impiden dicho abandono y ayudar a encontrar caminos alternativos para vivir sin ellas,
- (C) Ofrecer al paciente la posibilidad de elegir entre un conjunto de enfoques y métodos terapéuticos,
- (D) Mantener consciente al paciente de las consecuencias negativas del consumo y como éstas afectan a su vida,
- (E) Practicar la empatía,
- (F) Darle feedback al paciente de la discrepancia existente entre su estado actual y su estado ideal,
- (G) Clarificar los fines del paciente, acentuando aquellos aspectos positivos de su vida que puede perder como consecuencia del uso continuado de las drogas y
- (H) Practicar una intervención activa del terapeuta en el tratamiento del paciente, mediante consejo, la instrucción del paciente sobre el fenómeno de la adicción y el uso de técnicas conductuales tales como el modelado, el role-playing y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

5. Terapia Conductual para Adolescentes: Es una estrategia terapéutica que se basa ampliamente en principios de la Terapia de Conducta tales como el Control Estimular, Modelado de Conductas y Reforzamiento Contingente. Se tiene una especial atención a los mecanismos de control social, implicando en el proceso terapéutico a la familia o a otras personas significativas para el paciente.

6. Terapia Familiar Multidimensional para Adolescentes: Al igual que en el caso anterior, está pensado especialmente para adolescentes con problemas de drogas. Pero a diferencia de la Terapia Conductual para Adolescentes, su foco se centra en las relaciones familiares, ya que el problema adictivo es visto como el producto de una red de influencias, en la que la red familiar tiene un papel clave.

6.- AREA SOCIAL: primera entrevista, entrevista de acogida

La evaluación comienza en el momento de acogida del usuario; el proceso se realiza coordinadamente entre los distintos profesionales implicados (médico-psicólogo). Con la información recogida en esa primera entrevista se

planifica la actuación de los distintos profesionales de cara al establecimiento de un plan de tratamiento individualizado

En esta primera toma de contacto se prioriza la acogida del paciente y se favorece la creación de una buena relación con el mismo, que facilite la continuación del proceso terapéutico.

Se recoge la demanda del paciente y la situación social de crisis que le lleva a pedir ayuda (problemas económicos, médicos, laborales, presión familiar, etc.), y se exploran las expectativas del usuario y la forma de mantener las citas.

Se inicia la recogida de la Historia Clínica mediante el informe social, valorando la vivencia del paciente en relación al consumo y las posibilidades de apoyo familiar, de pareja o de otras redes de apoyo. Seguidamente se le explica el funcionamiento del centro y las distintas opciones de tratamiento disponibles y se le da una nueva cita con el médico para evaluar su situación clínica y toxicológica.

7.- AREA BIOLOGICA

A.- Plan terapéutico farmacológico

La desintoxicación farmacológica, de una persona que presenta dependencia física a una o varias sustancias, consiste en administrar una serie de fármacos que mitiguen o eliminen la sintomatología de la abstinencia que aparece cuando se deja de consumir la sustancia a la que se es dependiente. Tenemos que tener siempre presente que en la sintomatología de los cuadros de abstinencia existe un componente físico y otro psíquico.

La desintoxicación tiene que ser una parte del plan terapéutico que conlleva un abordaje de los factores biológicos, psicológicos y sociales que llevan a una persona al consumo de drogas.

Consideraciones generales.

Antes de iniciar un tratamiento de desintoxicación se plantean una serie de cuestiones básicas:

- Conocer la personalidad del toxicómano y cuál debe ser nuestra actitud ante el paciente.
- Analizar la motivación del paciente para iniciar la desintoxicación.
- Comprobar el apoyo con que cuenta el paciente.
- Intentar cuantificar el grado de dependencia que presenta.
- Realizar una Historia Clínica y Toxicológica, que conlleve exploración física.

Pruebas y marcadores biológicos:

Pruebas complementarias y marcadores biológicos que nos permita realizar un diagnóstico no sólo de dependencia sino también de los procesos patológicos que puede presentar el paciente, tanto por su dependencia, por la vía de consumo utilizada, como de otros procesos patológicos no relacionados con el consumo. Tenemos que prestar especial atención a patología pulmonar, procesos infecciosos, trastornos hepáticos, enfermedades de transmisión sexual:

- Historia psicosocial que nos permita la detección de algún trastorno psiquiátrico, por si es necesario enviarlo a un especialista.
- Establecer, si es necesario, un orden de prioridades, ya que en algunos casos antes de plantearnos la desintoxicación es necesario resolver problemas que pueden ser prioritarios a un tratamiento de desintoxicación.
- La aceptación por parte del paciente del tratamiento a realizar.
- Decidir qué medios vamos a utilizar para realizar el tratamiento.
- Aclarar, tanto al paciente como a sus familiares, que desintoxicación no es sinónimo de curación.
- Que quede constancia por escrito de la voluntariedad y aceptación del tratamiento por parte del paciente, con la firma del Contrato Terapéutico.
- Garantizar la confidencialidad del proceso.

Objetivos de la desintoxicación.

La desintoxicación debe formar parte de un plan terapéutico, por tanto debemos plantearnos una serie de objetivos complementarios como:

- Ayudar al paciente a que abandone la conducta toxicómana.
- Estudio y tratamiento de enfermedades asociadas al consumo
- Reforzar la motivación para el abandono del consumo.
- Preparación del paciente para su incorporación a programas de larga duración.
- Incorporar al sujeto a un programa de Educación para la Salud.

Elección del tratamiento.

Una vez realizadas todas las valoraciones previas y establecido un diagnóstico lo más certero posible en cuanto al grado de dependencia, tenemos fundamentalmente tres tipos de tratamientos o fármacos que podemos utilizar en la desintoxicación de opiáceos:

- Tratamiento con Agonistas
- Tratamiento con Alfa-2-Adrenérgicos
- Tratamientos Sintomáticos.

Tratamiento con Agonistas.

También se le denomina sustitutivos, pueden realizarse con la misma sustancia de la que se es dependiente, generalmente y por razones (legales, farmacológicas) se utilizan opiáceos de uso legal, el más utilizado es la metadona.

La metadona es un opiáceo de síntesis (pertenece al mismo grupo que el LAAM). Es activo por vía oral, intramuscular y subcutánea, su vida media es entre quince y treinta y cinco horas, se acumula en tejidos desde los que se va liberando lentamente, lo que explica su larga acción.

Se metaboliza parcialmente en hígado y se elimina por riñón en gran proporción (tenemos que tener precaución en casos de insuficiencia renal). La metadona es adictógena por lo que al dejar de usarla aparece un síndrome de abstinencia, que es algo más leve, pero sí más prolongado. La dosis inicial se debe calcular en función de todos los parámetros valorados anteriormente, así como por la valoración de los síntomas de abstinencia.

Tratamiento con Alfa-2-Adrenérgicos.

También denominado método etiopatogénico de la desintoxicación de opiáceos. Se ha comprobado que la estimulación eléctrica o farmacológica del Locus Coeruleus, provoca un síndrome similar al producido por el cese del consumo de opiáceos en consumidores crónicos. El Alfa-2-Adrenérgico de primera elección en la actualidad es la Clonidina. La forma activa es el Clorhidrato de 2-(2,6,diclorofenilamina)-2-imidazolina. La dosis de Clonidina que utilizamos para consumidores medios (considerando consumidores medios los que consumen 1/2grs de heroína/día), es de 0,4 mg al día repartidos en cuatro tomas diarias.

Tratamientos sintomáticos.

El tratamiento sintomático del síndrome de abstinencia sólo es recomendable para pacientes con un bajo consumo. Consiste en ir tratando los síntomas conforme se vayan presentando con analgésicos no narcóticos, benzodiacepinas de acción intermedia (para evitar el poder adictógeno de las rápidas), antieméticos, hipnóticos no barbitúricos... Los Neurolépticos también son fármacos utilizados en el síndrome de abstinencia, cada día se suelen utilizar en menor proporción debido en gran parte a los efectos secundarios que presentan, son útiles cuando en la desintoxicación nos encontramos con cuadros psicóticos.

En la práctica y con buenos resultados, se utiliza la medicación encapsulada, de forma que el paciente desconozca la medicación que se está utilizando, evitando con ello riesgos de automedicación. Evitamos reforzar su dependencia cuando utilizamos fármacos adictógenos, fracasan los intentos de manipulación por parte de los pacientes al desconocer el fármaco y la dosis utilizada, a la vez que permite la utilización de placebos, que al disminuir o

suspender la medicación, evitan los efectos sugestivos negativos en el paciente.

Fármacos antagonistas.

Dentro de los fármacos antagonistas opiáceos destaca la Naltrexona que es antagonista competitivo de los receptores opiáceos responsables del efecto gratificante de la heroína, por tanto no produce el efecto positivo (euforia), ni el negativo (síndrome de abstinencia, depresión respiratoria). Es análogo de la Naloxona, pero tiene mayor afinidad por los receptores opiáceos y buena absorción gastrointestinal (95%), su metabolización es hepática y la eliminación renal. Disminuye considerablemente la posibilidad de recaídas en pacientes que han abandonado el consumo de esta sustancia, por tanto su utilización es básica en la deshabituación, bloqueando los efectos opiáceos.

Está contraindicada en:

- Embarazadas.
- Insuficiencia hepática.
- Hepatitis aguda.
- Insuficiencia renal.
- En pacientes que consuman analgésicos opiáceos.

8.- AREA PSICOLOGICA

A.- Evaluación psicológica

Evaluación como elemento fundamental, mediante la entrevista psicológica con el usuario y las personas de referencia, el objetivo general de estas sesiones es continuar el proceso de evaluación para especificar la demanda del paciente, así como conseguir establecer la empatía necesaria con el usuario de cara a lograr su colaboración y mantenimiento en el programa de tratamiento.

El objetivo de esta evaluación es específico para cada individuo, estableciendo estrategias para llevar a cabo el proceso de deshabituación.

Se realizará un análisis topográfico de la conducta y el análisis funcional de esa conducta. Se toma con referencia las siguientes variables:

1. Análisis topográfico de la conducta

A) Variables disponibles del entorno.

A.1) Físicas:

- Vivienda.
- Barrio.
- Disponibilidad dinero / drogas.

A.2) Social:

- Nivel socioeconómico.
- Familia de origen:
 - Variables generales.
 - Otros consumidores en la familia.
 - Estilo de vida de la familia.
 - Nivel de información acerca del problema.
 - Habilidades de control externo y manejo de contingencia.
 - Habilidades de comunicación.
 - Habilidades de enfrentamiento al estrés y solución al problema.
- Familia propia:
 - Pareja.
 - Hijos.
- Ocio y tiempo libre.
- Amigos:
 - Consumidores/ no consumidores.
 - Tipo de relación.
 - Posibilidad de establecer nuevas relaciones.
- Recursos sociales comunicativos.

B) Variables disposicionales del sujeto.

B.1) Sociales:

- Formación académica.
- Historia laboral.
- Incidentes legales.

B.2) Biológicas:

- Aspectos estructurales
- Aspecto físico.

B.3) Psicológicas:

a) Historia del consumo de drogas:

- Inicio.
- Cambios.
- Estado actual.

b) Intentos y periodos previos de abstinencia.

- Fecha.
- Modalidad de intento.
- Motivos de la decisión.
- Tiempo de abstinencia.
- Fallos ocasionales.

c) Motivación:

- Situación aversiva previa.
 - Objetivos que quiere conseguir el sujeto.
 - Expectativas sobre el tratamiento.
 - Comportamientos específicos desde el primer contacto.
- d) Autocontrol:
Estas habilidades las recogemos en tres momentos:
- d.1) Etapa de consumo.
- Área de consumo.
 - Otras áreas.
- d.2) Periodos previos de abstinencia.
- Estrategias utilizadas para no consumir.
 - Cambios en el estilo de vida.
 - Sustitución por otras sustancias.
 - Fallos y recaídas.
- d.3) Intento actual.
- Estrategias utilizadas para no consumir.
 - Cambios en el estilo de vida.
 - Sustitución por otras sustancias.
 - Fallos ocasionales y respuestas de deseo de consumo.
- e) Resolución de problemas:
- Enfrentamientos o evitación de problemas.
 - Problemas de ansiedad asociadas.
 - Habilidades específicas en la resolución de problemas.
- f) Refuerzos.
- Tasa actual de reforzamiento.
 - Refuerzos potenciales.
 - Habilidades para demorar el refuerzo.
- g) Habilidades sociales:
- Habilidades no verbales.
 - Habilidades de conversación.
 - Asertividad.
 - Habilidades heterosociales.
 -

2. Componentes de secuencia funcional

- A) Estímulos antecedentes:
- Estímulos externos asociales al consumo.
 - Estímulos internos asociales al consumo.
- B) Respuestas.
- Respuesta asociada a la búsqueda de drogas.
 - Consumo.

C) Estímulos consecuentes:

- Refuerzo positivo.
- Refuerzo negativo.
- Castigo.

La principal función del psicólogo es analizar, motivar y entrenar al usuario para que cambie y modifique las conductas que se crean oportunas tanto a nivel cognitivo, psicológico y motor. En las distintas fases:

- Programa terapéutico para Desintoxicación.
- Programa terapéutico para Deshabitación.
- Alta terapéutica.
- Seguimiento.

B.- Programa terapéutico psicológico

- Intervención con el usuario para desintoxicación

Una vez decidida la modalidad de tratamiento desintoxicación atiende a cuatro objetivos:

A) Información sobre las normas.

El objetivo es que el usuario tenga claro las normas de funcionamiento del dispositivo de tratamiento.

B) Información del diseño del tratamiento.

El objetivo es motivar al tratamiento para participar en el proceso de desintoxicación y del beneficio del abandono del consumo. Informa sobre fase, su duración, programas y objetivos que se persiguen en el tratamiento.

C) Información sobre la reducción del daño.

Ir estableciendo medidas que faciliten la desintoxicación y eviten infecciones.

Informar sobre la mezcla de drogas, contraindicaciones, medidas higiénico-preventivas.

D) Dotación de estrategias para afrontar la desintoxicación

El usuario debe conocer los procesos de desintoxicación que va a seguir y dotarle de ayudas externas frente a las dificultades que puedan aparecer.

- Informar sobre el síndrome de abstinencia:
 - Síndrome de abstinencia.
 - Recuperación.
- Informar sobre las dificultades del sueño.

- Informar sobre la aparición de deseos de consumo.
- Asegurar la abstinencia tras la desintoxicación reducirá riesgos.

Intervención con la familia

La intervención que recibe la familia va dirigida a favorecer el éxito del logro de la desintoxicación, así informar para que disminuya su ansiedad. Responde al desarrollo de tres fases distintas:

A) Recogida de información familiar

Sobre desintoxicaciones anteriores así como éxito y fallos.

B) Preparación para la colaboración a la modalidad de desintoxicación adecuada

Proporcionar información sobre las distintas fases, lo que es Síndrome de Abstinencia, desintoxicación, y anticipar riesgos y dificultades.

C) Dotación de Estrategias de Manejo

Se abordan con la familia estrategias a poner en práctica durante la desintoxicación: alimentación, actividades, conversaciones, control ambiental, sueño, estrategias para no ceder a la presión, ...

- Intervención con el individuo para deshabitación

El tratamiento de deshabitación se divide en distintas fases que están condicionadas por la evaluación del usuario. La consecución de los objetivos diseñados se irá priorizando en función de las necesidades, la metodología de referencia anteriormente expuesta y las distintas fases del tratamiento.

Las "citas" serán individualizadas entre el psicólogo y el usuario en la que también podrá participar la familia o responsable; por comodidad y por confidencialidad se estima oportuno trabajar solo. La periodicidad de las "citas" quedará en función de la urgencia o de los objetivos planteados; a veces serán necesarios una o dos citas a citas a la semana.

Los objetivos generales que se intentarán conseguir a lo largo del tratamiento serán:

1. Implantar hábitos de autocuidado.
2. Normalizar la convivencia/ pareja.
3. Utilización del Ocio/ tiempo libre
4. Adquirir y desarrollar responsabilidades.
5. Prevenir recaídas y mantener la Abstinencia.
6. Dotar de habilidades de Competencia Social.
7. Adquirir habilidades de resolución de problemas.

8. Motivar para el seguimiento del tratamiento y los cambios de estilo de vida.

A continuación vamos a desarrollar como cada objetivo específico sigue una forma de trabajo, donde se priorizan las fases o niveles del tratamiento.

1. Implantar hábitos de Autocuidado.

Se anticipan las consecuencias tanto positivas como negativas de iniciar los hábitos de Autocuidado.

Los hábitos de Autocuidado con los que se trabaja con más frecuencia, son:

- Higiene / aspecto físico.
- Higiene bucal.
- Hábitos de alimentación.
- Dificultades de sueño.
- Prevención de enfermedades infecto-contagiosas.

En los casos que sea necesario, se utilizan registros que permitan conocer la línea base, frecuencia,... y estas serán diseñadas por el psicólogo en función de que vayan implementando o modificando las conductas oportunas.

Las principales estrategias de trabajo para crear hábitos son:

- Empatizar con el usuario.
- Motivación a la consecución de objetivos.
- Detectar temores irracionales, o dificultades que se anticipen.
- Corrección de esos temores y dificultades.
- Establecimiento de metas / submetas.
- Registros y Autorregistros.

2. Normalizar la convivencia / pareja.

El consumo por parte del usuario supone problemas de convivencia con la familia o pareja.

Hay que tener en cuenta que el usuario va a realizar la desintoxicación en el núcleo familiar con un deterioro importante de las relaciones familiares y además va a generar conflictos que habrá que solucionar a medida que se presentan.

La intervención abarca los siguientes objetivos:

- Establecer acuerdos respecto a manejo de dinero, horarios, tareas, responsabilidades en casa.
- Solución de conflictos de convivencia.

- Solucionar problemas de comunicación.

El principal procedimiento a seguir para alcanzar estos objetivos consiste en establecer acuerdos donde quedan especificados lo siguiente:

- Cantidad de dinero disponible, horario de entrada / salida, tareas a cumplir.
- Consecuencias derivadas del cumplimiento o incumplimiento.
- Plazo de revisión donde evaluar los problemas presentados.

Habrà que entrenar a la familia o pareja en habilidades de relación específicas como:

- DECIR NO ante situaciones de petición de dinero de forma insistente.
- EXTINCIÓN ante conductas inadecuadas derivadas de la no aceptación del acuerdo.
- EXPRESIÓN DE SENTIMIENTO positivas y negativas.
- HACER CRÍTICAS o pedir cambios de forma adecuada.

3. Establecer la utilización del ocio y tiempo libre.

El principal objetivo es:

- Realizar actividades dentro de la casa.
- Realizar actividades fuera de la casa.

Queremos que el usuario del manera gradual tenga un plan de actividades completa y satisfactoria para su vida.

Las actividades que se eligen son incompatibles con el consumo y por otro lado se recupera e incorporan actividades gratificantes. Debemos de pretender que el usuario vaya instalando en su vida actividades alternativas, aficiones e intereses nuevos.

4. Adquirir y desarrollar responsabilidades.

Se pretende que el usuario recupere aspectos sociofamiliares que haya ido abandonado con anterioridad. Se basa en dos vertientes, los relacionados con las instituciones y las responsabilidades individuales.

Con respecto a estos objetivos relacionados con las instituciones se establecen las coordinaciones oportunas con el equipo de Trabajadores Sociales.

El entrenamiento en Habilidades Sociales específicas para cada situación tendrá una gran importancia en la consecución de los logros planteados.

5. Prevenir recaídas y mantener la abstinencia.

Se trabaja en grupos terapéuticos como a nivel individual. Se trata de dotar al usuario, de Habilidades y estrategias para evitar el consumo de drogas, controlar el deseo o posibles recaídas.

Con el aprendizaje de Habilidades de autocontrol, se pretende que el sujeto conozca las relaciones funcionales que ponen en marcha su comportamiento de consumo y lo mejor en ausencia de imposiciones externas.

Al principio se hace imprescindible un rígido control externo; se va retirando gradualmente el control externo, pasando la responsabilidad y autonomía al propio sujeto. Los principales objetivos específicos que se pretenden son:

- Controlar situaciones personales de alto riesgo.
- Controlar deseo de consumo.
- Detectar señales internas / externas elicitanes de deseos de consumo.
- Controlar dinero.
- Controlar horarios.
- Controlar el consumo de otras drogas.
- Controlar respuestas agresivas elicitanes de deseos de consumo.
- Identificar claves que anticipen posibles recaídas.
- Aprender estrategias de afrontamiento cognitivo.

6. Dotar de habilidades de Competencia Social.

Se considera la conducta socialmente habilidosa como el conjunto de las conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones de un modo adecuado a las situaciones, respetando en los demás esas conductas.

Las Habilidades sociales hacen referencia a orientación a objetivos, y a comportamientos manifiestos.

Los objetivos más específicos serán:

- Aprender a iniciar y mantener conversaciones para posibilitar la ampliación de la red social.
- Diferencias entre agresividad / pasividad / Asertividad y las consecuencias positivas o negativas que se derivan de cada comportamiento.
- Entrenar en habilidades de Asertividad como pueden ser:
 - “Decir no”.
 - Expresar opiniones.
 - Manejar críticas.
 - Petición de cambios.
 - Expresión de emociones positivas y negativas.

7. Adquirir habilidades de resolución de problemas.

Se busca conseguir que el usuario aprenda a controlar y prevenir las respuestas inadecuadas de situaciones para que pueda actuar de manera más eficaz ante cualquier situación.

La evitación de los problemas va a ser una característica importante por los déficits que este tipo de población posee en el enfrentamiento a ellos.

Asimismo había que entrenar al usuario para que sustituya interpretaciones negativas de las situaciones problemáticas por pensamiento más adecuadas de enfrentamiento y enseñar una serie de técnicas para controlar las respuestas fisiológicas alteradas.

Las técnicas utilizadas para conseguir esos objetivos son:

- T.R.E. (desmontaje de ideas irracionales)
- Parada de pensamiento.
- Autoinstrucciones.
- Relajación.
- Técnica de resolución de problemas.

8. Motivar en el Seguimiento del Tratamiento.

A lo largo del tratamiento la motivación del usuario tiene fluctuaciones. Se trabaja la motivación del usuario para la continuidad en el tratamiento. Generalmente trabajaremos:

- Análisis minucioso de las consecuencias positivas y negativas que se derivan de la toma de decisiones.
- Evaluación continua junto con el usuario de los cambios alcanzados en su estilo de vida desde el inicio del tratamiento.
- Análisis de los intentos previos de mantenimiento de la abstinencia realizadas y de las causas de fracaso.
- Recordar la motivación que la condujo en este intento, a abandonar las drogas y como se encuentra con respecto a ello.
- Corrección de ideas irracionales que estén siendo funcionales.
- Resistencia a la frustración.

9.- FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO: Tipos de alta

Se considerarán los siguientes tipos de alta:

- Alta terapéutica: se producirá en el momento en el que se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos con el paciente.
- Alta derivada: cuando el paciente sea derivado a otro dispositivo antes de finalizar el tratamiento, por causas familiares, sanitarias o judiciales, ajenas al paciente y al equipo. Cuando finalice esta circunstancia, el paciente podrá continuar su tratamiento en el mismo recurso o en otro si se cree conveniente.
- Alta voluntaria: el paciente solicita el alta sin finalizar el proceso terapéutico.
- Alta disciplinaria: cuando el paciente cumpla alguno de los criterios especificados en el Reglamento de Régimen Interno para el alta disciplinaria y el Órgano Sancionador así lo determine.

Berja, (Almería), a 15 de Noviembre de 2006.