

NIVEL 0

1. DESCRIPCION

Paciente en un estado de quietud en cuanto a su posición ante el cambio de estilo de vida. Siguen consumiendo, no son conscientes de su situación, su dependencia no representa un problema para ellos, no pueden verlo. Son resistentes al cambio, se niegan ante la intervención, tienen muy arraigado el estilo de vida de consumidor. Además, por haber tenido varios fracasos, pueden estar resignados ante las posibilidades de cambio y acomodados a la situación en la que se encuentran. No están informados o están poco informados sobre las consecuencias de su conducta.

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Consumo de alcohol.
 - Alcoholismo de muchos años de evolución.
 - Alcoholismo con fracasos repetidos en otros tratamientos.
 - Alcohólicos con trastornos mentales comórbidos.
2. Quietud hacia el cambio del estilo de vida, a nivel físico, psíquico y social, por no tener concienciación de su situación.
3. Resistencia por negación al cambio.
4. Negación a la intervención.
5. Pacientes con complicaciones orgánicas graves, en los que la recaída en el consumo puede hacer empeorar la evolución de su trastorno.

2. OBJETIVOS

- Establecer un clima adecuado que favorezca la adherencia terapéutica.

- Reflexión del paciente sobre necesidades básicas de intervención a nivel físico, psíquico y social.
- Intervención en la reducción del daño del estilo de vida asociado al consumo realizado de drogas.
- Facilitar un seguimiento de su situación.

3. INTERVENCIÓN.

Lo prioritario es promocionar la reducción de daños y la promoción de la salud.

1. Reducción del daño

Reflexionar sobre como puede intentar y conseguir un consumo de menor riesgo, así como mejorar su salud.

- Reflexionar sobre qué consume y cómo lo consume.
- Reflexionar sobre qué efectos causa el consumo.
- Reflexionar sobre qué consecuencias puede tener respecto a la adquisición de enfermedades y sobre la evolución de patologías previas.
- Reflexionar sobre cómo puede tener consumos de menor riesgo.
- Acciones dirigidas a minimizar los riesgos derivados del consumo, como las intoxicaciones, los síndromes de abstinencia, la prostitución y la delincuencia los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas.
- Disminuir su riesgo a enfermar.
- Mejorar el estado de salud físico y mental, la calidad de vida y su bienestar.

Reflexionar sobre su situación actual.

- Motivar a la reflexión para aumentar su concienciación sobre su situación:
- Que aprenda a discriminar las señales que indican una modificación en cuanto a su entorno.
- Concienciación sobre su capacidad de cambio, sobre su capacidad de logro.
- Ayuda a identificar cambios en el desarrollo personal.

- Reflexión sobre su conducta, sobre su estilo de vida:
- Evaluando pros-contras del consumo-abstinencia.
- Evaluando diferencias sobre estilos de vida de una persona consumidora y una persona abstinente.
- Informando acerca de las consecuencias positivas y negativas que le supone el cambio.
- Motivar hacia el planteamiento de cambio.
- Demostrar al paciente que sitúa una barrera ante nosotros para no dejarnos intervenir.
- Intentar concienciarles que los motivos de esta resistencia son el no darse cuenta de que hay una conducta que les acarrea problemas.
- Análisis de experiencias anteriores: Decisión de cambiar. Tiempo de abstinencia. Conocimiento de la recaída.
- Que el paciente se valore con una mayor capacidad de logro.

Reflexionar sobre como puede intentar y conseguir cambios en su situación social y legal, cubriendo sus necesidades básicas.

- Reflexionar sobre su situación económico-laboral.
- Reflexionar sobre su situación socio-familiar.
- Reflexionar sobre su problemática legal.
- Reflexionar sobre su secuencia temporal.

2. Promoción de la salud.

Estrategias de prevención que engloben todas aquellas medidas destinadas a disminuir o suprimir las conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo de enfermedades, así como las medidas destinadas a conseguir y mantener hábitos saludables de vida que permitirán aumentar la calidad de vida del paciente.

Ideas erróneas o desconocimiento sobre la salud y sobre la adquisición de enfermedades.

Actividades no compatibles con la salud, caracterizadas por su efecto reforzador positivo rápido y ausencia de signos o síntomas tempranos de sus repercusiones sanitarias.

- Estados emocionales negativos que pueden hacer que los pacientes vuelvan a desarrollar actividades no compatibles con la salud.

3. Valoración

Para valorar la eficacia, podemos evaluar:

- La reducción en la cantidad y en la frecuencia del consumo de alcohol.
- La reducción de sus conductas de riesgo.
- Los cambios en sus conductas de riesgo.

Cuadro resumen de la intervención psicológica en nivel 0

CARACTERÍSTICA OBJETIVO MÉTODO

- Ausencia de concienciación de problema
 - Aumento de la concienciación de existencia de problema.
 - Reevaluación ambiental.
- Autoeficacia.
- Identificación de cambios.
 - Reflexión sobre su conducta.
 - Balance decisional.
- Evaluación de estilos de vida.
- Información de las consecuencias de su conducta.
- Resistencia hacia la intervención.
 - Demostración de la resistencia.
- Concienciación de los motivos de la resistencia. •
Reevaluación ambiental.
- Aumento de la autoeficacia.
- Identificación de cambios.
- Experiencias negativas ante el cambio.

- Aumentar la motivación
- Aumentar la autoconfianza.
- Percepción de control estimular.
- Consumo de sustancias psicoactivas. • Consumo de menos riesgo. • Información.

c) AREA EDUCATIVA.

Desde el área educativa se intervendrá en medio abierto para la captación de usuarios de P.M.M. y supervisión del tratamiento, con el fin de crear mayor adherencia al tratamiento en el centro.

4.2. DISPENSACIÓN

Dadas las características de los pacientes del Nivel 0, sería aconsejable que realizaran una ingesta diaria y presencial de la toma de la metadona.

Se podrá valorar el lugar en dónde se recoge la metadona, la frecuencia de recogida, así como la utilización de responsable, en función de:

- Los objetivos de este nivel que le queden por cumplir.
- La realización de controles de orina y el resultado de los mismos.
- El cumplimiento de las normas mínimas que se establezcan.

Los lugares de dispensación de la metadona son:

- CAID.

- Servicio Móvil de Dispensación de Metadona (SMDM- Metabús)
- Farmacia.

Las personas que pueden recoger la metadona pueden ser:

- El propio paciente.
- El responsable, tras valoración (ver anexo correspondiente) y firma del contrato que le acredita para ésta función.
- Las personas que, no siendo responsables del paciente, puedan recoger alguna dosis de metadona, por diversos motivos, tras la firma del correspondiente documento de responsabilidad.

4.3. CONTROLES DE ORINA

La realización de controles de orina, tiene como finalidad el disponer de datos objetivos de su abstinencia o de sus consumos, considerando por ello útil la realización de los mismos. No obstante, debemos tener en cuenta algunas consideraciones sobre la obligatoriedad de su realización en este nivel:

- Debido a las características del nivel en el que se encuentra el sujeto, puede que el paciente no considere su realización como algo útil.
- Un sujeto en este nivel puede tener consumos que él reconoce, con lo que los controles de orina nos informarían de algo ya conocido, no ayudando a la consecución de objetivos.
- Para aquellos sujetos incluidos en este nivel y que permanecen abstinentes, la confirmación de dicha abstinencia, puede ayudarle a conseguir objetivos.

La frecuencia de realización de los controles de orina será pautada por el equipo terapéutico, teniendo en cuenta el interés del usuario en realizarlos para implicarse en la consecución de objetivos.

El control lo podrá realizar el paciente “in situ”, o bien el paciente realizará control de orina en casa bajo la supervisión del responsable, y posteriormente éste lo entregará al CAID.

Proponemos la realización de, al menos, un control de orina a la semana, en los siguientes casos:

- Paciente con dependencia a benzodiazepinas y tratamiento supervisado desde el CAID, para detectar si están tomando la medicación. Si esto no es así, se podrá proceder a realizar una reducción de la medicación hasta su suspensión.
- Paciente con trastorno psíquico y con medicación prescrita desde el CAIDU: si se niega a hacer controles de orina, se evaluará la supresión del tratamiento psicofarmacológico.
- Pacientes con trastornos psíquicos y con medicación prescrita desde su médico de atención primaria o Salud Mental: comentar la incidencia al médico prescriptor para valorar el mantenimiento o supresión de la medicación.
- Paciente que recoge metadona su responsable, para demostrar que aquel está tomando metadona.
- Paciente que hace toma no presencial, con el objetivo de demostrar que realmente está tomando la metadona
- Paciente que convive con menores, para demostrar que el menor no está en situación de riesgo por los consumos de tóxicos.
- Paciente con situación legal que requiera hacer controles de orina

En caso de tener prescrito la realización de controles de orina y no realizarlos, la situación será valorada por el equipo terapéutico, o se informará a la institución que hubiera requerido dichos resultados.

Si un paciente no realiza ingesta diaria de su dosis de metadona y tampoco efectúa controles de orina, no se podrá tener una comprobación objetiva de su toma de metadona, por lo que proponemos que pase a realizar dispensación diaria y presencial de su dosis de metadona.

4.4. TEMPORALIZACIÓN.

La duración de la etapa de Precontemplación es aproximadamente de 6 meses según J. O. Prochaska, ya que este periodo “parece ser el intervalo máximo de tiempo en el que las personas pueden planear seriamente el cambio de conductas como las adicciones”.

Indefinida basándose en la evaluación mensual.

5. EVALUACIÓN.

Cada mes se llevará el caso a reunión de valoración.

El objetivo de realizar una evaluación mensual es el de tener información acerca del estado del paciente así como la intencionalidad de realizar cambios.

La estrategia es conseguir que no perdamos contacto tanto por parte del paciente como de los terapeutas.

De esta manera en reunión valoraremos los siguientes indicadores:

- Evaluación de la intervención realizada.
- Asistencia a las citas.
- Asistencia a controles de orina.
- Detección de intención de cambio.
- Criterios de inclusión en el nivel siguiente.

NIVEL 1

1. DESCRIPCIÓN

Un paciente en Nivel 1 es una persona que es consciente de la existencia de un problema y, aunque no hace nada por cambiar, considera esta posibilidad. Son personas acomodadas en su situación, pero sí han tenido en cuenta que pueden ser capaces de realizar cambios, aunque no han hecho nada por iniciarlos.

Lo que caracteriza sobre todo a estos pacientes es la ambivalencia, no saben si cambiar o no, no perciben los beneficios reales que pueden obtener, además se sienten, y en la mayoría de las ocasiones sí lo son, ineficaces.

En este estadio están más abiertos a ser informados sobre sus problemas y cómo los pueden manejar.

2. OBJETIVO .

Conseguir que el usuario realice una reducción del riesgo y el daño asociado al consumo y una mejoría en su salud buscando la reestructuración de sus pensamientos relativos al consumo y evaluando su problemática social con el fin de iniciar cambios en su estilo de vida que le permitan una adecuada integración y reinserción social.

- Reducir el daño.
- Reestructurar pensamientos relativos al consumo.
- Evaluar su problemática social.
- Establecer cambios de su estilo de vida.
- Buscar una adecuada integración social y laboral.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Proviene de etapa de evaluación Inicial o reevaluación de otros niveles.
2. Pueden tener consumo de sustancias.
3. Se han abierto a ser informados sobre sus problemas y alternativas frente a los mismos.
4. Han considerado la posibilidad de cambiar, pero todavía no han dado ningún paso para ello o lo han iniciado sin mantenerlo con éxito.
5. Son más conscientes de su problemática.
6. Están ambivalentes hacia el cambio, hacia su futuro.

4. METODOLOGÍA

4.1. DISPENSACIÓN

Debido a que el usuario de P.M.M. en Nivel 1 no está realizando cambios reales y a que puede estar consumiendo sustancias psicoactivas, pudiendo éstas

interaccionar con la metadona se establece la forma de recogida de la siguiente manera:

- Recogida a diario en el CAIDU y fines de semana y festivos en SMMT aquellos que no han iniciado cambios y siguen consumiendo.
- Recogería a diario en SMMT si no cumple normas mínimas establecidas por el Equipo Terapéutico.
- Recogida a diario en el CAIDU y recogida de dosis de fin de semana los viernes por el propio usuario, aquellos que inician cambios (controles de orina, situación sanitaria, penal...).
- En el caso en el que el paciente hiciera dos controles de orina a la semana, el Equipo terapéutico podría valorar la recogida de dosis tres días por semana como motivación al cambio y con ello favorecer su vida cotidiana.
- En caso de que exista responsable se podría dar la posibilidad de que recogiera los fines de semana.

4.2. CONTROLES DE ORINA

- Si tiene consumos únicamente hará controles de orina cada 15 días, igual que en el nivel 0.
- En el momento en el que el paciente considera el cambio y quiera mantener abstinencia, se comenzaría a realizar controles de orina, con el objetivo de que puedan demostrarla.

El objetivo será ayudarlo a consumir con menor frecuencia, menor cantidad, menor número de sustancias y si es posible, que puedan demostrarla.

Cuando el paciente verbaliza estar abstinentemente comenzará a hacer un control semanal con la intención de ver si la intención de cambio es real. Si en un mes (cuatro semanas), existe al menos tres controles negativos a sustancias problema, se valorará por el Equipo Terapéutico comenzar a hacer dos controles para la posible inclusión en Nivel 2.

Así mismo si por motivos legales o por mayor exigencia también se podrá valorar hacer dos controles de orina fijos.

4.3. TEMPORALIZACIÓN

Debido a la ambivalencia que caracteriza a las personas en etapa de Contemplación, es posible que permanezcan en el mismo durante años.

Por esta circunstancia se valorará mensualmente la situación del paciente.

4.4. INTERVENCIÓN

Intervención individual

Durante esta etapa, nos centraremos sobre todo en intervenir sobre el síntoma, sobre la situación problemática, ya que es lo más evidente para que el usuario se haga consciente más rápidamente de su existencia y su posible cambio.

Si tenemos en cuenta que uno de los objetivos más importantes en este nivel es una motivación hacia el cambio, tenemos que ofrecer al paciente:

- Qué hay que cambiar.
- Por qué hay que cambiarlo.
- Qué puede y podemos hacer.
- Cómo hacerlo.
- Qué quiere cambiar.
-

a) AREA SANITARIA.

a.1. OBJETIVOS DEL ÁREA.

- El objetivo es lograr la readaptación personal, sin plantearse la abstinencia.
- Enseñarles a usar su vía habitual de consumo de una manera más higiénica y promover cambios a una vía de consumo de menos riesgo.
- Se debe intentar conseguir períodos de abstinencia lo más prolongados posibles, evaluando la conveniencia de tratamiento para favorecerlo.
- Estrategias para prevenir el desarrollo de enfermedades y conseguir mejorías en la salud: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías orgánicas.
- Intentar conseguir un menor deterioro psíquico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías psiquiátricas.
- Motivación hacia intervención psicológica.

a.2. INTERVENCIÓN.

Este nivel se puede considerar como un refuerzo, o complemento, de las estrategias de intervención sanitaria efectuadas en el nivel 0. Se interviene en unos pacientes que están más dispuestos a hacer cambios por la promoción de su salud, por lo que enfermedades de evolución subaguda, que permiten mantener un ritmo de vida normal sin abordarlas, pueden ser estudiadas y tratadas en esta fase, con mayor garantía de éxito.

Se profundizará en el estudio psicopatológico iniciado en la fase de evaluación, debido a que, en esta fase, los pacientes son más conscientes de su situación y de la interacción existente entre enfermedad mental y drogodependencia.

Dado que en este nivel el paciente reconoce que tiene un problema, estando más abierto a recibir información, uno de los objetivos sería el trabajar con los programas de escuela de salud. El objetivo debe ser que el paciente tenga información de los efectos de los tóxicos consumidos, de las patologías a las que pueden dar lugar y del estilo de vida que lleva implícita la drogodependencia.

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

1.1 Hepatitis B.

□ Vigilancia epidemiológica: Se deben pedir los marcadores de hepatitis B en cada ingreso o reingreso, siempre que en ingresos o reingresos previos, fueran negativos para la infección por VHB. En pacientes en tratamiento con sustitutivos sin infección por VHB, solicitar los marcadores cada seis meses y siempre que hayan estado expuestos a una situación de riesgo. Si los marcadores de hepatitis B indican actividad, se debe solicitar bioquímica hepática cada seis meses.

□ Immunoprofilaxis pasiva: La gammaglobulina hiperinmune se ha mostrado eficaz si se administra en las primeras horas después de la exposición. Sus indicaciones son: Prevención de la transmisión vertical, inoculación accidental en personal sanitario, inoculación por usar material de inyección contaminado con el VHB, contacto sexual ocasional con una persona infectada

□ Immunoprofilaxis activa: seguir el calendario vacunal de 0,1 y 6 meses, realizando estudio serológico para valorar inmunización postvacunación, recomendando revacunación cada cinco años. En pacientes VIH positivos, se debe seguir el mismo calendario vacunal, pero con doble dosis.

1.2 Hepatitis D.

□ La profilaxis para la infección por el VHD es la prevención de la infección por el VHB.

1.3 Hepatitis C.

□ Se deben solicitar serologías para el VHC en cada ingreso o reingreso, excepto que el paciente presente anticuerpos anti VHC en análisis previos. Con positividad para el VHC, se debe solicitar bioquímica hepática cada seis meses. Si no presenta anti VHC, solicitar serologías para el VHC cada seis meses y siempre que mantenga conductas de riesgo, pudiendo adquirir la infección por alguna de las vías nombradas a continuación.

□ Vía de transmisión parenteral: Los adictos a drogas por vía parenteral, son uno de los grupos más expuestos a la infección por VHC, siendo en algunos países la primera causa de adquisición de la infección, llegando a alcanzar tasas del 70%.

- Vías de transmisión no parenteral: Promiscuidad sexual y transmisión vertical.

1.4 Abordaje de la infección por VIH – SIDA.

A/ Mientras que en la mayor parte del mundo la vía de transmisión más frecuente de la enfermedad es la sexual, en España predomina la transmisión sanguínea, especialmente mediante el uso compartido de material para la inyección de drogas. Sin embargo, el gran riesgo actual se encuentra en el alto número de relaciones sexuales que mantienen los drogodependientes VIH positivos, con personas seronegativas y sin uso de preservativos.

B/ El diagnóstico de esta enfermedad, supone un fuerte impacto emocional. El paciente puede tener diferentes formas de reaccionar y si éstas son desadaptativas, le pueden llevar a una alteración de su estado emocional, lo cual puede conducir a la adquisición, de nuevo, de hábitos de conducta poco saludables. Además, están presentes en el paciente las repercusiones sociales de su enfermedad y el miedo, la duda y la inseguridad que le produce al paciente la enfermedad.

C/ Las posibles actuaciones a seguir, podrían ser:

- Reducir la ansiedad que genera la enfermedad, explicando qué es lo que tiene que hacer ahora (acudir a la unidad de enfermedades infecciosas) y por qué es bueno acudir cuanto antes.
- Explicar los medios de transmisión de esta enfermedad, para incidir sobre la prevención de la reinfección del paciente, o la infección de otras personas.
- Introducirle en los cambios de hábitos, para prevenir nuevas enfermedades y para conseguir un estilo de vida más saludable: hábitos saludables en el sueño, en la alimentación, en la higiene, en las relaciones sociales, en la actividad sexual y en la forma de consumir.
- Trasladarle información sobre su enfermedad y sobre su tratamiento, detectando y eliminando pensamientos o ideas inadecuadas.

2. PSICOPATOLOGÍA.

2.1. Epidemiología.

- Todos los estudios demuestran, por un lado, una elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica entre los drogodependientes y, por otro, que esta asociación empeora la evolución de la drogodependencia. La mayor prevalencia se presenta en pacientes en PMM.

- Los efectos de muchas de las drogas provocan cuadros difíciles de distinguir de un trastorno psiquiátrico: La depresión, la ansiedad, las alteraciones en el contenido del pensamiento y las alucinaciones auditivas, visuales o zooscópicas, pueden presentarse durante la intoxicación aguda o abstinencia.

- Las complicaciones físicas que presentan los drogodependientes, pueden causar trastornos mentales orgánicos o pueden agravar los trastornos psiquiátricos.

- Hay sujetos con trastornos psiquiátricos que consumen drogas para aliviarlos.

- En los casos de patología dual, se ha constatado:
 - Mayor rapidez en el curso de la dependencia.
 - La evolución de la drogodependencia y su respuesta al tratamiento, puede presentar más recaídas en el consumo de sustancias, por la presencia de trastornos psiquiátricos.
 - Los síntomas psicopatológicos y el consumo de tóxicos están muy relacionados, de forma que los primeros pueden presentarse tras una intoxicación aguda y pueden persistir tras la remisión de la intoxicación.
 - Se produce mayor riesgo de auto y hetero agresión, más dificultades de integración familiar, social y laboral.

- De forma orientativa, podríamos establecer la asociación que tiene cada trastorno psiquiátrico con las drogodependencias:

- Los trastornos afectivos, aceleran el curso de la drogodependencia, pero al mismo tiempo entran antes en contacto con los dispositivos asistenciales.
- Los trastornos de ansiedad, aumentan el riesgo de recaídas.
- Los trastornos psicóticos, prolongan la recuperación y tienen mayor riesgo para el desarrollo de infección VIH-SIDA.
- Los trastornos de personalidad, aumentan el uso de drogas durante el tratamiento.

2.2. Diagnóstico.

□ La historia clínica es un elemento fundamental para conocer la comorbilidad psiquiátrica en drogodependientes. Además, existen algunos instrumentos que nos facilitan el hacer un diagnóstico de la patología dual: Programa para el diagnóstico de trastornos afectivos y esquizofrenia - SADS. Programa de entrevista diagnóstica - DIS. Entrevista para la valoración de trastornos por uso del alcohol y discapacidades asociadas - AUDADIS. Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-SCID. Versión del SCID para el trastorno por abuso de sustancias con trastornos comórbidos. Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por uso de sustancias - PRISM.

□ Los trastornos psiquiátricos primarios:

- La psicopatología ocurre previamente a su consumo, pudiendo utilizar los tóxicos para aliviarla.

- Los síntomas psiquiátricos tras consumo, son una reagudización de un trastorno psiquiátrico previo al consumo, pudiendo desaparecer tras abstinencia de 4 semanas, con lo que serían síntomas de intoxicación o de abstinencia en un trastorno psiquiátrico comórbido.

- Si los síntomas psiquiátricos tras consumo, son una reagudización de un trastorno psiquiátrico previo al consumo y no desaparecen tras una abstinencia de 4 semanas, sería un trastorno psiquiátrico comórbido.

□ Los trastornos psiquiátricos secundarios:

- La psicopatología ocurre tras el consumo.

- Si aparecen los síntomas psiquiátricos por primera vez durante la intoxicación aguda o durante la abstinencia, se trataría de un trastorno psiquiátrico inducido por el consumo de sustancias.

- La presentación concomitante:
 - El consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos, pueden tener un origen común o no, pero se presentan de forma simultánea.
 - Los síntomas psiquiátricos aparecen por primera vez tras el consumo de sustancias, persistiendo tras una abstinencia de más de 4 semanas, siendo un trastorno psiquiátrico comórbido.

- Hay que tener en cuenta los antecedentes familiares psiquiátricos, las patologías orgánicas del paciente y el uso de distintas sustancias, además de la de abuso.

2.2. Bases para el tratamiento de la patología dual.

- Los pacientes con patología dual, se deben entender como sujetos que presentan trastornos relacionados entre sí que necesitan ser abordados, de forma ideal por el mismo equipo y si esto no fuera posible, de manera paralela por dos equipos distintos.

- Se debe programar la estrategia de intervención, las intervenciones grupales con los pacientes y sus familias, así como su inclusión en educación para la salud.

- Hay que establecer qué habrá que tratar primero y lo que se tendrá que trasladar a un segundo estadio: Lo adecuado es intentar espaciar sus consumos y, si es posible, conseguir la abstinencia, con el fin de poder establecer un diagnóstico diferencial lo más exacto posible.

- Estabilizar a los pacientes tanto en su drogodependencia como en su trastorno psiquiátrico, puesto que si no se realiza esto, es posible que no mejore adecuadamente en ninguno de sus trastornos.

- El tratamiento ambulatorio debe ser más intenso y, al mismo tiempo, menos rígido, para evitar los abandonos, teniendo en cuenta que las recaídas en este grupo pueden ser más frecuentes.

- Debe intentarse la creación de grupos de pacientes con patología dual.

3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

3.1. Fundamentación.

□ Los programas de educación para la salud, son el conjunto de estrategias dirigidas hacia el individuo o el grupo, cuya finalidad es modificar conductas no saludables capaces de producir enfermedades, así como adquirir conocimientos para evitar que las enfermedades se produzcan.

□ En esta estrategia están implicados:

- Los profesionales de la salud, informando de las distintas sustancias consumidas, de las patologías a las que dan lugar y de las maneras de evitarlas y de tratarlas.

- Los psicólogos, ejerciendo una función educativa, así como de análisis de la motivación del consumo, de sus conductas asociadas y de la impulsividad que presentan los drogodependientes.

- Los trabajadores sociales, solucionando problemas de empleo, de vivienda y de necesidades económicas, que ayuden a evitar situaciones de desajuste social que pueden incidir en la aparición de conductas de consumo de drogas.

- Los educadores sociales, que faciliten su incorporación a las actividades sociales normalizadas.

□ En los programas de educación para la salud, se actuaría a los tres niveles de prevención:

- Primaria, informándoles para que eviten el consumo de sustancias distintas a las que son su problema y para que adopten medidas para evitar la aparición de nuevas enfermedades transmisibles.

- Secundaria, actuando sobre consumidores esporádicos, recreativos o circunstanciales, para evitar que pasen a un abuso o síndrome de dependencia.

- Terciaria, los pacientes con síndrome de dependencia y con patologías asociadas en tratamiento.

□ Después de la valoración de cada paciente, biológica, psíquica y social, se decidirá que tipo de prevención se realizará: Educándole o formándole para adquirir hábitos saludables que eviten consumos y el desarrollo de enfermedades. Informándole para evitar un deterioro de su estado de salud, mejorando su estado actual.

3.2. Educación.

A/ El único punto de contacto de algunos pacientes en PMM con el personal sanitario del centro, va a ser la relación periódica mantenida a lo largo del tiempo con el equipo de enfermería, lo que puede ser un instrumento para la realización de educación sanitaria en materias como la higiene, la alimentación, cuidados médicos, así como poder ser las personas a las que los pacientes trasladan dudas sobre tratamientos, seguimientos, analíticas y cualquier otra duda.

B/ Higiene.

□ Los pacientes en tratamiento con metadona, presentan en muchas ocasiones un déficit en la higiene, por ausencia de baño, lavado y cepillado de dientes, así como carencias en el vestido o arreglo personal. Éstos hechos causan rechazo social, dificultando su salida fuera del mundo de la droga.

□ Se debe de llegar a compromisos en la higiene, en el vestido y arreglo personal, al principio muy básicos y progresivamente ir alcanzando otros más elevados, teniendo los profesionales una actitud de refuerzo de las conductas positivas de los pacientes.

□ Se informará a los pacientes de los recursos comunitarios que pueda utilizar para su ayuda.

C/ Nutrición.

• En los pacientes drogodependientes, la alimentación suele estar descuidada, debido a que dentro de sus prioridades, la comida es desplazada por el consumo de drogas. También puede deberse al desconocimiento de saber qué es una alimentación equilibrada, no descartando los motivos económicos.

- Se debe intentar que el paciente adquiera un peso adecuado a su sexo, edad, talla y constitución. Se debe pesar y tallar al paciente al inicio del tratamiento y posteriormente de forma periódica.
- Se le forma para que sepa establecer una dieta equilibrada en principios básicos y en necesidades calóricas.

D/ Sueño.

- Los trastornos del sueño tienen una elevada prevalencia entre la población de drogodependientes, siendo una de las quejas más frecuentes y de los motivos de abuso o dependencia de psicofármacos.
- Se debe dar información sobre las conductas de la higiene del sueño, para que consiga dormir las horas necesarias y que el sueño sea reparador.
- Es conveniente intervenir en pacientes estabilizados.

E/ Tiempo libre.

- Los pacientes consumidores de sustancias, han dedicado la mayor parte de su tiempo a buscar la sustancia, prepararla y consumirla, o en recuperar sus efectos. Han abandonado la mayor parte de sus relaciones sociales, siendo su única fuente de relación las personas que consumen sustancias.
- El objetivo es formar y motivar al paciente para que use su tiempo libre de una forma recreativa, realizando actividades que no tengan que ver con el consumo de drogas. Se tendrán en cuenta sus gustos preferencias o actividades profesionales. Se le informará de las actividades y los centros sociales de su comunidad.
- Se debe intervenir con pacientes estabilizados.

3.3. Información.

El objetivo consiste en que, al mismo tiempo que se mantiene en programa al paciente, se intenten modificar conductas desadaptadas muy arraigadas en su estilo de vida, así como aportar información sobre sus distintas patologías y sus tratamientos.

A/ Información a pacientes con hepatitis víricas.

- Epidemiología de la enfermedad.
- Evolución de la enfermedad.
- Beneficios de los tratamientos.

B/ Información a pacientes VIH positivos.

- Epidemiología de la enfermedad.
- Evolución de la enfermedad.
- Tratamientos antiretrovirales: Tipos, asociaciones, posología, interacciones entre ellos, con otros fármacos y con la metadona.
- Tratamientos profilácticos: Cuáles y para qué enfermedad.

C/ Información a pacientes con infección o enfermedad tuberculosa.

- Epidemiología de la enfermedad.
- Diferencia entre infección y enfermedad tuberculosa.
- Tratamiento profiláctico y curativo: Poliquimioterapia, interacciones con antiretrovirales y con la metadona.

D/ Programas de sexo seguro.

- Especialmente indicados para pacientes VIH positivos y para pacientes con hepatitis víricas: Uno de los grandes riesgos de transmisión de estas

enfermedades, especialmente la infección por VIH, lo constituye la transmisión sexual.

- Información de aparato genital femenino y masculino, así como de relaciones sexuales fisiológicas y de otras modalidades sexuales.
- Registros de hábitos sexuales: Homosexuales, heterosexuales, ADVP y sus parejas sexuales, prostitución.
- Formación sobre el uso del preservativo, especialmente si se mantienen relaciones sexuales con personas de las que desconocemos sus hábitos, o en caso que un miembro de la pareja sexual tenga infección por VIH o una hepatitis vírica.
- Información sobre otras enfermedades de transmisión sexual.

E/ Programas de consumo seguro.

- Indicado para pacientes que se mantienen en consumo activo, especialmente los UDVP.
- Adecuado uso de jeringuillas: Limpieza con lejía. Jeringuillas estériles y los programas de intercambio de jeringuillas.
- Enseñanza de la técnica de venopunción.

F/ Consecuencias del uso de drogas.

- Los pacientes en tratamiento con metadona, tienen una larga trayectoria de consumo de sustancias, llegando a constituir el consumo su filosofía particular de vida.
- El consumo de sustancias ha tenido repercusiones orgánicas, psíquicas y sociales, por lo que hay que abordar el consumo desde las tres áreas.

- Será útil informarles de:
 - La forma de actuación de la sustancia problema y de las sustancias más frecuentemente asociadas a ella.
 - Conocer los efectos buscados con el consumo de sustancias.
 - Conocer los efectos secundarios de su uso, especialmente las intoxicaciones agudas, síndromes de sobredosificación y síndromes de abstinencia.
 - Se debe informar a los pacientes sobre posibles complicaciones psiquiátricas.
 - Educación sobre las posibles complicaciones orgánicas, directamente relacionadas con las vías de consumo.

- Esta intervención conviene llevarla a cabo en fases tempranas, con vistas a conseguir mayor autoconcienciación del paciente.

3.4. Intervenciones especiales.

A/ Embarazo.

- El tratamiento de la dependencia a opiáceos en mujeres embarazadas se debe realizar con un agonista opiáceo como la metadona. Los objetivos son: Prevenir el consumo irregular de opiáceos y el síndrome de abstinencia, por las repercusiones sobre el feto. Reducir las complicaciones obstétricas, fetales y retrasos del crecimiento intrauterino.

- Alimentación: Regularizar el horario de las comidas, realizar una dieta equilibrada, sin abusar de los dulces ni de las grasas, con abundante aporte de calcio y de ácido fólico.

- Insistir en la higiene, para prevenir infecciones que puedan causar efectos negativos sobre el feto.

- Respetar un ritmo de sueño vigilia: Que tenga un horario normalizado, dormir las horas necesarias, estimular a la embarazada a tener una cierta actividad física.

- Insistir en que acuda a las citas con su ginecólogo, que efectúe todas las pruebas que le sean solicitadas y que efectúe la medicación prescrita.

- Informar a la mujer embarazada que cualquier droga que introduzca en el organismo es capaz de atravesar la placenta, pudiendo tener efectos sobre el feto.

- Mantener contacto con el servicio de obstetricia, informándoles de la situación de la paciente: Dosis de metadona, consumo de tóxicos, otras complicaciones orgánicas, adherencia a los tratamientos prescritos.

- Tras dar a luz realizar intervenciones que faciliten la interacción de la madre con el niño. Resolver cualquier duda sobre el cuidado de su hijo y prestarle apoyo en caso de retirada de custodia.

B/ Patología mental.

- Los pacientes consumidores de opiáceos con algún trastorno mental, suelen mejorar tras su inclusión en un PMM, siendo el objetivo de los PMM en estos pacientes, la retención en el programa que nos permita abordar su drogodependencia y su patología mental.

- Informarle de la necesidad de acudir a las citas con el psiquiatra, así como de la necesidad de tomar la medicación prescrita, lo que permitirá conseguir su mejoría y que los demás estén más seguros con él.

- Insistir en la higiene corporal, su alimentación y un adecuado ritmo de sueño-vigilia.

- En estos pacientes son útiles los programas de sexo seguro y consumo seguro, para intentar prevenir que en fases depresivas tenga pensamientos o intente conductas autolíticas con sobredosis o adquiriendo enfermedades transmisibles, o prevenir que en fases psicóticas y maníacas tenga conductas sexuales de riesgo.

- Hablar con los pacientes para evaluar su estado psicológico y si se detecta empeoramiento, comunicarlo a su psiquiatra.

4. DOSIS DE METADONA.

Proceder según lo expuesto en el mismo punto, en la fase de nivel 0.

b) AREA PSICOLÓGICA.

b.1. OBJETIVOS POR ÁREA.

- Toma de conciencia hacia las situaciones generadas por el consumo de drogas.
- Reestructurar pensamientos relativos al consumo.
- Motivación hacia el cambio interior y éste a su vez el cambio en su entorno.
- Se buscará la actuación a nivel conductual, cognitivo, familiar e interpersonal.

b.2. INTERVENCIÓN.

* **CARACTERÍSTICAS:** Un usuario ingresa en nivel 1 cuando comienza considerar la posibilidad de cambiar, se empiezan a plantear cambios en cuanto a su conducta.

Ha surgido un ingreso de información en el usuario que le ha hecho plantearse su situación, comienzan a valorar cómo es su vida, cómo están llevándola, qué efectos está teniendo a su alrededor: a nivel familiar, de relaciones sociales, pareja, laboral...

OBJETIVO:

Reforzar el comienzo de motivación hacia el cambio de esta situación.

INTERVENCIÓN:

a) Aumento de la motivación.

Se pueden emplear preguntas que evoquen afirmaciones de automotivación:

b) Evaluaríamos la percepción que tiene el paciente sobre los pros y contras del consumo y la abstinencia: se haría un balance decisional con el cual se le ayudaría a aumentar los aspectos positivos que le supone el lograr una abstinencia comparándolo con los negativos.

c) Analizaríamos la satisfacción personal del usuario con su vida actual.

d) Aprovecharíamos los intereses del paciente para motivarle hacia emprender alguna actividad relacionada con los mismos.

e) Promover el iniciar la búsqueda de objetivos.

f) Alternativas de cambio

En este aspecto, además de ofrecerles alternativas en cuanto al cambio de estilo de vida que llevarían, tendríamos que incidir a ofrecerles recursos sociales, en los cuales intervendrían las áreas educativa y social.

g) Ayudar al paciente a comprometerse a realizar un cambio.

* CARACTERÍSTICA: Las personas en nivel 1 están “contemplando” su situación, están comenzando a verse desde un punto de vista más realista, tienen una mayor conciencia de que existe un problema.

OBJETIVO:

Ayudar a hacer una valoración real de la situación, una percepción realista y una motivación para cambiar esta situación.

INTERVENCIÓN:

Podríamos valorar la situación en cuanto a los siguientes niveles:

a) A nivel personal:

- Percepción de su salud, tanto física como mental.
- Qué efectos tiene mi estilo de vida sobre ello.
- Qué pasaría si cambiara (balance decisional).

b) A nivel familiar:

- Cómo se encuentra mi familia ahora.
- Qué efectos produce que yo me encuentre en esta situación.
- Qué cambios se producirían en mi relación con ellos si cambiara.

c) A nivel social:

- Qué me rodea, cómo son mis relaciones con la gente.
- Qué puedo aportar yo a aquello que me rodea, qué cambios puedo provocar.
- Qué me puede ofrecer mi comunidad a mí.

Si lo vemos conveniente podríamos también valorar los niveles laboral e interpersonal.

* **CARACTERÍSTICAS:** Se sitúan, en nivel 1, aquellos pacientes que están ambivalentes hacia el cambio, que se encuentran ante un equilibrio en cuanto a la valoración de beneficios y perjuicios del consumo y la abstinencia, no saben si cambiar o no porque no perciben una clara diferencia entre ambos estilos de vida.

OBJETIVO:

Nuestro objetivo sobre esta característica mostrar los perjuicios del consumo y los beneficios de la abstinencia.

INTERVENCIÓN:

Además del “Balance Decisional” nos podemos ayudar del modelo de Janis y Mann (1.997) de toma de decisiones. En este modelo hay 8 categorías que podemos trabajar:

- Beneficios instrumentales para mí mismo.
- Beneficios instrumentales para los demás.
- Aprobación por parte de uno mismo.
- Aprobación por parte de los demás.
- Costes instrumentales para uno mismo.
- Costes instrumentales para los demás.
- Desaprobación por parte de los demás.

Cuadro resumen de la intervención psicológica en nivel 1

CARACTERÍSTICA OBJETIVO INTERVENCIÓN

- Consideración de la posibilidad de cambio.
 - Reforzar la motivación.
 - Aumento de la motivación.
- Balance decisional.
- Análisis de la satisfacción personal.
- Motivar para empezar una actividad.
- Búsqueda de objetivos.
- Alternativas de cambio.
- Movilizar hacia el compromiso hacia el cambio.
- Mayor realismo con respecto a su situación.
 - Valoración real de la situación.
 - Analizando la situación en torno a los niveles personal, familiar y social.

- Ambivalencia por no percepción de cambios.
 - Ayudar a hacer un buen balance decisional.
 - Modelo de toma de decisiones.

c) AREA SOCIAL.

c.1. OBJETIVOS DEL ÁREA.

- Tomar conciencia de sus necesidades en los ámbitos social, laboral, personal y familiar.
- Reevaluar su entorno en los ámbitos familiar y social.
- Iniciar cambios en la problemática legal si la hubiera.

c.2. INTERVENCIÓN

La persona que comienza a ser consciente de su situación y de los diversos problemas que le han ido ocasionando tantos años de consumo debe comenzar por enumerar las posibles carencias y necesidades en los diversos aspectos de su vida personal y familiar.

La intervención vendrá por tanto determinada por la jerarquización de sus necesidades e hipótesis a trabajar, estableciendo las estrategias adecuadas en coordinación con el resto de recursos y servicios tanto propios como institucionales.

La intervención en este Nivel deberá basarse en las necesidades humanas y sociales y no en la demanda explícita y urgente de las etapas anteriores.

La toma de conciencia sobre las carencias y las posibilidades de satisfacerlas es lo que nos debe marcar los objetivos específicos a lograr con el sujeto y a partir de los cuales poder intervenir.

Las características de las necesidades humanas las encontramos en el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas, definidas en cuatro ámbitos específicos del Sistema Público de Servicios Sociales:

- Necesidad de acceder a los recursos sociales.
- Necesidad de convivencia personal.
- Necesidad de integración social.
- Necesidad de solidaridad social.

Estas son complementadas con las necesidades básicas reconocidas como derechos sociales a toda la población de:

- Necesidad de información y orientación.
- Necesidad de un entorno de convivencia adecuado.
- Necesidad de integración social.

Las características sobre las que deberemos establecer los objetivos de intervención son:

- Establecer el grado de conciencia de las carencias y la posibilidad de satisfacerlas.
- Determinar las necesidades personales y el modo de satisfacerlas.
- Elaborar un mapa del contexto social constituido por objetos de deseo y por la demanda de otros (Lacan).
- Satisfacción de las necesidades según la clasificación de las mismas que hayamos establecido previamente.
- Establecimiento de las necesidades sociales basándose en el sistema de valores, intereses, ideologías, estructuras, presiones y demás imposiciones sociales, adecuándolo a los intereses del entorno y del medio dónde se desarrolle la actividad del sujeto.

Otra situación necesaria serán las necesidades sociales.

Una necesidad humana pasa a ser social cuando un grupo de personas comparte dicha necesidad, aunque para definirla deberemos contar con los valores y juicios ideológicos establecidos por la sociedad. Al final, es el propio sistema el que mediante sus valores, intereses, ideologías, presiones, estructuras y recursos el que impone un concepto de necesidad social adecuada a sus propios intereses y utilizando los medios que considere oportunos para ello.

Etzioni nos advierte que se deben concretar al menos las necesidades humanas universales a fin de evitar la manipulación y obtener un mínimo de cobertura o satisfacción asegurado.

Modo de satisfacción de las necesidades:

- Mediante la autoprovisión y ayuda primaria, donde intervienen el individuo, la familia y el entorno más próximo.
- Mercado mediante la oferta y la demanda de bienes y servicios.
- Voluntariado a través de asociaciones sin ánimo de lucro, cooperativas o de ayuda mutua.
- Intervención Pública mediante el sistema público de servicios sociales.

Por todo ello, el sujeto de Nivel 1 debe comenzar a ser consciente de cuál es su problemática a todos los niveles; individual, familiar, laboral, relacional, educacional, social y judicial.

Aquí se hace necesario la intervención tanto con el sujeto como con la familia, el entorno y los diversos servicios o entidades prestadoras de servicios.

Pero siempre conscientes de que deberemos jerarquizar sus necesidades en función de criterios terapéuticos consensuados entre todos los componentes del ET. Así, no deberíamos intervenir en cuestiones laborales o formativas sin la valoración previa del ET ya que podríamos adelantarnos a la realidad del sujeto y dar respuesta a sus deseos más que a sus necesidades reales.

Deberemos ofrecer una atención diversificada mediante la utilización de recursos, tanto públicos como privados.

Atender las necesidades específicas en colaboración con otras instituciones y entidades.

Potenciar la coordinación inter-áreas, garantizando la coherencia y eficacia de las intervenciones programadas.

Informar, asesorar y divulgar al sujeto de todos los recursos necesarios para su rehabilitación y reinserción social, laboral y familiar.

Por último, realizar un seguimiento a escala cualitativa y cuantitativa del estado de avance de la acción y de la incidencia en el cumplimiento de los objetivos y estrategias establecidos para el caso.

Intervención grupal.

FUNDAMENTACIÓN.

Dentro del Programa de Mantenimiento con Metadona hay usuarios que siguen consumiendo sustancias tales como cocaína, heroína, benzodiazepinas o alcohol.

Pueden ser usuarios que en un principio no se plantean cambiar su conducta, ya que no son conscientes de la problemática que conlleva ese consumo. Puede que sí hayan considerado la posibilidad de cambiar pero están ambivalentes respecto a la manera de hacerlo.

La intervención iría encaminada a aumentar la toma de conciencia de estos individuos sobre su situación y su adicción y ofrecerles información sobre las consecuencias de ésta y de qué maneras afecta a su vida.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Usuarios del Programa de Mantenimiento de Metadona.
- La asistencia a citas es irregular.
- No muestran disposición al cambio, no quieren más que tomar metadona, o bien sí que muestran disposición aunque con una gran ambivalencia con respecto a cómo hacerlo.
- Pueden consumir sustancias psicoactivas.
- Tienen hábitos antiguos, su situación no ha cambiado respecto a antes de entrar en P.M.M.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Creación de un marco terapéutico de carácter grupal que facilite a estas personas un espacio donde redefinir su relación con la/s sustancia/s problema, que favorezca un aumento de la conciencia y les permita iniciar actuaciones para alcanzar la motivación al cambio y abstinencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Establecer una buena relación terapéutica.
- 2 Aumentar la adherencia al CAID y al tratamiento.
- 3 Aumentar la concienciación de los problemas derivados del consumo como medio para aumentar la motivación hacia el cambio.
- 4 Provocar demandas (médicas, sociales,...).
- 5 Promover una reducción del consumo y/o un consumo de menor riesgo.
- 6 Facilitar la autoreevaluación y la reevaluación de su entorno.

CONTENIDOS

AREA PSICOLÓGICA

1. Evaluación de pros y contras al consumo.

- Estilos de vida (consumidor/abstinente)
- Balance decisional del consumo/abstinencia.

Motivación al cambio

2. Razones posibles hacia el cambio.

- Objetivos a corto plazo.
- Objetivos a largo plazo.
- Toma de decisiones.
- Apoyo hacia el cambio. Mediante :
 - Recursos posibles.
 - Talleres.
 - -----
 - Area social

3. Situaciones de riesgo al consumo.

4. Estrategias ante situaciones de riesgo.

5. Entrenamiento en habilidades sociales.

6. Reestructuración cognitiva.
7. Estrategias de equilibrio del estilo de vida.
 - Actividades gratificantes
 - Ejercicio físico.
8. Autoimagen.

AREA SOCIAL - EDUCATIVA.

1. Recursos externos en la Comunidad - Barrio.
Red social de apoyo.
2. Medidas de seguridad. Como se puede y no se puede desde el centro abordar y ayudar en los temas legales pendientes.
3. Ocio y tiempo libre.
4. Secuencia temporal.
5. Relaciones personales.
Con la familia.
Con amistades.
6. Laboral.
7. Comportamientos sociales.

AREA SANITARIA

1. Programa de Mantenimiento con Metadona.
2. La metadona como sustancia.
 - Efectos de la metadona
 - Interacción con otros fármacos.
 - Politoxicomanía.
3. Efectos de las diferentes sustancias :
 - Heroína.

- Cocaína.
- Benzodiacepinas.
- Cannabis.
- Alcohol.
- 4. Salud mental.
- 5. Enfermedades asociadas al consumo.
 - Hepatitis.
 - Tuberculosis.
 - VIH.
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Sexo seguro.
 - Candidiasis.
- 6. Hábitos de salud.
 - Hábitos de alimentación.
 - Hábitos de sueño.
 - Higiene general.
 - Revisiones periódicas - vacunas.

6. EVALUACIÓN.

Mensualmente se valorará en reunión de valoración los siguientes puntos:

- Cumplimiento de objetivos:
 - Del nivel.
 - Por área.
- Consumo de sustancias problema.
- Realización de controles de orina.
- Dispensación: modalidad de recogida: por el paciente o por responsable, en el centro o en SMMT.
- Circunstancias excepcionales: salud, social, trabajo.

- Cumplimiento de criterios de inclusión para pasar al nivel 2.
- Regresión al nivel anterior.
- Inclusión en grupo.

NIVEL 2

1. DESCRIPCIÓN

En este nivel se encuentran usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona situados, según el Modelo basado en los niveles de cambio, en los estadios de Preparación y de Actuación.

Con respecto a los cambios, hay una intención de hacerlos y de hecho llevarán a cabo actividades que impliquen cambios en su situación, que mejoren su calidad de vida. Estos cambios van provocando que la vida de estas personas sea más estructurada, más coherente, más normalizada.

En cuanto a la motivación de los pacientes de este estadio es alta, tienen una percepción de autoeficacia adecuada. Aumenta la implicación también en el tratamiento y se reafirman en el mismo, ya que son menos resistentes, están más abiertos a las indicaciones terapéuticas.

Van anticipando aquellas dificultades que les puedan surgir que puedan afectar a la abstinencia.

2. OBJETIVOS

Mantener los cambios iniciados buscando la motivación para consolidarlos.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se valorará los siguientes apartados.

1. Realización de cambios:
 - Clara intención de realizarlos.
 - Realización de los mismos.

2. Aumento de la motivación:
 - Acude a citas regularmente.
 - Aumento de la implicación en el tratamiento.
 - Cumplimiento de objetivos terapéuticos.

3. Consumo de sustancias problema de una manera esporádica: 80 % de las orinas limpias, durante un periodo de tres meses.

4. METODOLOGÍA.

4.1. DISPENSACIÓN

El objetivo de la dispensación en este nivel es que el paciente vaya responsabilizándose cada vez más en el tratamiento por lo tanto tendría lugar en un principio tres días por semana, coincidiendo en lunes, miércoles y viernes. A los tres meses de estar en Nivel 2 el equipo terapéutico valorará la recogida dos días por semana.

Ya sea por parte del paciente o del responsable siempre se valorará la dispensación en función de los objetivos terapéuticos establecidos y de las circunstancias sociales, educativas, sanitarias, laborales o personales que se

dieran en el caso, por ello la recogida de las dosis tendrá en cuenta la situación biopsicosocial del individuo y la tendencia del mismo en el cumplimiento de los objetivos tanto de área como de nivel.

4.2. CONTROLES DE ORINA

A lo largo del nivel 2 se mantendrán dos controles de orina a la semana, coincidiendo siempre con día de dispensación, e independientemente de la modalidad de recogida.

Con dos controles de orina a lo largo de los meses de duración de este nivel lo que se pretende conseguir es una demostración y afianzamiento de la abstinencia.

4.3. TEMPORALIZACIÓN

La duración del periodo de actuación está alrededor de seis meses tras la consecución de la modificación de la conducta - problema para afianzar el cambio. Esto es así ya que se ha comprobado que de 0 a 3 meses no es suficiente porque este periodo es uno de los más duros de mantener, siendo relativamente frecuente los cambios regresivos a otros niveles durante periodos más o menos significativos.

4.4. INTERVENCIÓN

Intervención individual

a) AREA PSICOLÓGICA.

a.1. OBJETIVOS DEL ÁREA.

- Reforzamiento de la decisión de cambio.
- Apoyo en el proceso de rehabilitación.

a. 2. INTERVENCIÓN.

* CARACTERÍSTICA: El paso del nivel 1 al 2 conlleva una concienciación y una serie de procesos de reevaluación.

OBJETIVO: Potenciar la concienciación de la situación con el fin de producir una reevaluación.

INTERVENCIÓN:

Aquí intervendríamos sobre:

1. Concienciación: sobre la situación real en la que se encuentra.
2. Observación: de sí mismo, de lo que le rodea, de sus relaciones...
3. Confrontaciones: de lo que quiere y de cómo se encuentra para lograrlo.

* CARACTERÍSTICA: En las personas que ingresan en esta etapa se observa un aumento en cuanto a la motivación para llevar a cabo cambios en su estilo de vida.

OBJETIVO: Potenciar la motivación para llevar a cabo cambios o mantenerlos

INTERVENCIÓN:

Lo que haremos será ayudar al paciente a cambiar sus pensamientos y sentimientos con relación a su conducta adictiva y en cuanto a su estilo de vida, mediante el balance decisonal.

Además podemos utilizar unas preguntas clave para que el paciente reflexione sobre la abstinencia y el cambio de estilo de vida.

Mediante estas preguntas podemos reforzar la motivación que tiene el paciente y su apertura hacia el cambio.

* CARACTERÍSTICA: Los pros del consumo van perdiendo importancia superándoles los contras.

OBJETIVO: Organizar de forma conjunta todas las razones posibles para lograr el cambio y poner de manifiesto todas las conductas de oposición y ambivalencia del paciente.

INTERVENCIÓN:

Un procedimiento es el de **Recapitulación:** integrar toda la información disponible.

* **CARACTERÍSTICA:** Llevan a cabo actividades que implican cambios en su situación.

OBJETIVOS: Realizar una planificación de acción terapéutica en la cual se programe, de una manera consensual con el paciente, los cambios a realizar en su situación.

INTERVENCIÓN:

1º- Establecimiento de objetivos a corto, medio y largo plazo.

En el caso en que el objetivo del paciente y del terapeuta no se correspondan debemos llegar a un acuerdo, prefiriendo, en cualquier caso, aquel objetivo que el paciente proponga y crea que va a lograr con éxito.

2º- Consideración de alternativas: Cómo se van a lograr los objetivos.

3º- Desarrollo de un plan de acción que puede o no fundamentarse en un contrato terapéutico, en el que se propongan:

- Razones por las que quiero estar abstinentes y cambio de mi estilo de vida.
- Objetivos más importantes que quiero lograr.
- Primeros pasos que va a adoptar.
- Personas que me pueden ayudar.

* CARACTERÍSTICA: Los pacientes de esta etapa se encuentran preparados para llevar cabo la programación consensuada de los objetivos marcados.

OBJETIVO 1: Llevar a cabo una programación operativa, la cual se basaría en abordar las siguientes áreas:

- A. Prevención de Recaídas:
 - Mantenimiento de la abstinencia.
 - Recaídas y consumos ocasionales.
- B. Habilidades Sociales:
 - Aprendizaje de Habilidades Sociales básicas.
- C. Resolución de problemas.
 - Afrontamiento de estados emocionales negativos.
 - Abordaje de la problemática actual.

INTERVENCIÓN:

En intervención individual lo haremos a través de los siguientes puntos que se trabajarán o no en el caso de que existiera necesidad de ello.

- a) Hábitos de autocuidado en cuanto a:
 - Higiene.
 - Alimentación.
 - Sueño.
 - Sexo seguro.
 - V.I.H.
 - Hepatitis.
 - Tuberculosis.
- b) Relaciones familiares, de convivencia, de pareja.

Si existen problemas de convivencia, esto va a repercutir sobre el mantenimiento de la abstinencia, por ello es imprescindible que detectemos si existen irregularidades, y si es así abordarlos.

c) Actividades de Ocio y Tiempo Libre.

Procurando que el usuario retome o inicie actividades que no impliquen relación con consumo o personas consumidoras, que tenga hábitos de ocio que promuevan o inciten a un estilo de vida no consumidora.

Esta labor se coordinará con el área social-educativa.

d) Prevención de Recaídas.

Esta área, que también se abordará en intervención grupal, conlleva los siguientes objetivos:

- Situaciones de alto riesgo: detección y control.
- Deseos de consumo: detección, control, y prevención.
- Control estimular: Control de dinero,, de horario, de facilitadores de drogas.

e) Habilidades sociales.

También las trataremos en intervención grupal. El fin es dotar al paciente de unas habilidades que le faciliten la vivencia de una manera correcta y adecuándose a las situaciones, minimizando la posibilidad de general problemas.

Se tratarían:

- Habilidades de comunicación.
- Asertividad: * Decir no.

* Dar opiniones.

* Hacer críticas.

* Expresar emociones.

- Resolución de problemas.
- Control del estrés.

f) Seguir motivando a la continuidad del tratamiento terapéutico.

OBJETIVO 2: Hacer intervención familiar con todos aquellos miembros implicados en el tratamiento. Proponer grupos de familia.

INTERVENCIÓN:

En las citas individuales con la familia así como conjuntas entre paciente y familiar, abordaremos, al menos, los siguientes temas:

- Horarios.
- Responsabilidad en tareas de la casa.
- Manejo de dinero.
- Comunicación entre los miembros familiares.
- Problemas de convivencia.
- Habilidades para:
 - Decir no.
 - Hacer críticas.
 - Expresar sentimientos.

* CARACTERÍSTICA: Los cambios que el paciente se compromete a efectuar no son siempre automáticos.

OBJETIVO: Evaluar el grado de preparación que tiene el paciente para llevar a cabo los cambios que se compromete a realizar para poder así detectar en qué temas y áreas sería más necesaria nuestra colaboración.

INTERVENCIÓN:

Para llevar a cabo este tipo de evaluación podemos utilizar las siguientes directrices:

* CARACTERÍSTICA: En este estadio es importante el proceso de autoliberación.

OBJETIVOS:

* Trabajar la autocapacidad, que el paciente se sienta autónomo, que se sienta capaz de dominar su vida y actuar sobre ella eficazmente.

* Uso de la sustancia problema bajo control propio y no del agonista opiáceo.

* Trabajar sobre la autoeficacia del paciente

INTERVENCIÓN:

Ayudaremos al paciente a dar pasos hacia:

- Contracondicionamiento: modificando la respuesta elicitada por los estímulos condicionados asociados, generando y desarrollando conductas alternativas.

- Control de Estímulos: evitando, sobre todo, la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la realización de la conducta adictiva.

* CARACTERÍSTICA: Tienen más confianza sobre sus actos y sobre el control estimular.

OBJETIVO: Reforzar y afianzar estos aspectos.

INTERVENCIÓN:

Debemos ayudarle a situar la percepción de control de modo que el paciente sepa que puede controlar la situación pero además que también puede depender o variar según los agentes externos.

Cuadro resumen de la intervención psicológica en nivel 2

CARACTERÍSTICA OBJETIVO INTERVENCIÓN

- Concienciación y reevaluación de la situación.
 - Potenciar la concienciación.
 - Intervención sobre:
- Concienciación.

- Observación.
- Confrontación.
- Aumento de motivación hacia el cambio de estilo de vida.
 - Potenciar la motivación.
 - Balance decisional.
- Preguntas clave.
- Mayor percepción de beneficios sobre la abstinencia.
 - Manifestar conductas de oposición mediante la organización de razones hacia el cambio.
 - Recapitulación.
- Mediante actividades se producen cambios en su situación.
 - Planificar la acción terapéutica.
 1. Objetivos a lograr.
 2. Alternativas.
 3. Contrato?
- Preparados para llevar a cabo la programación de los objetivos marcados.
 - Realización de una programación operativa según áreas.
 - Areas:
 - Autocuidado.
 - Relaciones familiares y de pareja.
 - Ocio.
 - Prevención de Recaídas.
 - Habilidades Sociales.
 - Adherencia terapéutica.
 - Intervención familiar.
 - Areas.
 - Horarios.
 - Responsabilidades.
 - Administración de dinero.
 - Comunicación.
 - Convivencia.
 - Asertividad.
- Los cambios comprometidos no son siempre automáticos.

- Evaluar el grado de preparación del paciente para llevar a cabo los cambios.
- Señales de preparación para el cambio.
- Proceso de autoliberación.
 - Aumentar la autocapacidad.
- Concienciar que el control de la sustancia es propio.
- Aumentar la autoeficacia. • Contracondicionamiento.
- Control estimular.
- Mayor confianza sobre sus actos y mayor control estimular.
 - Reforzar estas características.
 - Percepción de control adecuada.

b) AREA MÉDICA.

b.1. OBJETIVOS.

- Estabilizar la situación orgánica, mediante la cumplimentación del tratamiento y el seguimiento a las citas pautadas.
- Tratamiento del consumo de sustancias y mantenimiento de la abstinencia a tóxicos.
- Diagnóstico definitivo de la psicopatología, tratamiento y adherencia al mismo, así como estabilizar y mantener la enfermedad mental.

b.2. INTERVENCIÓN.

□ Una de las grandes dificultades que presentan los pacientes drogodependientes, es su falta de constancia en el seguimiento de las indicaciones terapéuticas pautadas, lo que conduce al abandono del tratamiento y esto lleva a fracasos terapéuticos, con repercusiones sanitarias y sociales.

Las circunstancias que llevan a mala adherencia en el tratamiento, pueden cambiar con el tiempo, siendo difícil predecir qué pacientes van a cumplir bien el tratamiento.

Para asegurarnos la puesta en práctica de las indicaciones dadas, debemos trabajar la adherencia terapéutica.

□ La dependencia a sustancias es un trastorno crónico, con posibles recidivas o recaídas, que necesita un tratamiento prolongado. En esta fase del tratamiento, los pacientes están abstinentes o tienen consumos no sintomáticos, de forma que lo que deberíamos es prevenir los consumos sintomáticos y si éstos se producen, debemos tratarlos.

El tratamiento para el consumo de sustancias, debe estar incluido en un programa flexible, con accesibilidad a sus profesionales y facilidad en las derivaciones a los servicios necesarios.

Al mismo tiempo, el tratamiento debe ser capaz de discriminar el consumo de sustancias mediante análisis de orina, puesto que su máximo objetivo debería de ser la abstinencia a sustancias, para lo que es necesario estar abiertos a incluir diversas opciones terapéuticas. Para ello, se pueden emplear fármacos, siempre que sea necesario, o bien realizar tratamiento psicoterapéutico individual o grupal.

□ La drogodependencia se puede desarrollar sobre la base de un trastorno mental:

- Los opiáceos poseen, a corto plazo, acción ansiolítica, antidepresiva y antipsicótica.

- A medio plazo, el consumo continuado es fuente de nueva psicopatología, debido a las características y a las carencias de su estilo de vida.

- A largo plazo, la diferente psicopatología existente entre el inicio y el momento actual de la drogodependencia, presentará una unificación, de forma que la presentación de alguno de sus componentes, fuerza la aparición de otros o de todos.

El trastorno mental comórbido debe persistir durante un período de tiempo para poder ser considerado como tal. La dificultad metodológica más importante, es

poder valorar al paciente en una situación estable, fuera de los períodos de intoxicación o abstinencia, preferentemente tras un período de varias semanas abstinentes. Dado que en este nivel los pacientes están abstinentes, o tienen consumos sin riesgos, es momento para estudiar con profundidad y tratar la psicopatología.

1. LA ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS.

□ La adherencia es el nivel de adaptación del paciente a las indicaciones médicas, que incluyen:

- Tomar los fármacos según la posología indicada: Dosis, horas, relación con las comidas.
- Seguimiento de las recomendaciones dadas.
- Acudir a revisiones.
- La adherencia lleva al paciente a adquirir un compromiso con su tratamiento.

□ En estadios iniciales, las patologías que le permiten mantener su ritmo de vida sin estar medicadas, aún siendo necesario que lo estuvieran, no constituyen una prioridad para el paciente, por lo que su tratamiento tendría pocas posibilidades de éxito. Es preferible esperar a alcanzar estadios de estabilización personal, familiar y social, para afrontar con garantías de éxito la adherencia a los tratamientos.

□ Hay factores asociados a la adherencia a los tratamientos, que pasamos a describir.

1.1 Factores relacionados con la enfermedad.

□ Si los síntomas se identifican de forma fácil, si son molestos o son de inicio rápido, demandará medicación y dado que le interesa controlar el síntoma, la adherencia es alta.

□ Si los síntomas son más atenuados y permiten mantener su ritmo de vida, a pesar de mantenerse durante tiempo, retrasan la demanda de medicación y la adherencia es baja.

- En niveles 0 y 1, suele acudir por sintomatología aguda, demandando su tratamiento y una vez solucionada, no es su prioridad hacer un seguimiento de su salud.
- Los niveles 2 y 3, son fases en las que los pacientes se encuentran sin consumir, con un inicio o mantenimiento de la readaptación personal, familiar y social, que nos permiten afrontar con mayor éxito el tratamiento de sintomatología subaguda.

1.2 Factores relacionados con el tratamiento.

- Las condiciones del tratamiento influyen de manera importante en la adherencia al tratamiento.
- Cuanto más interfiera en la vida del paciente, cuanto más complicado sea, cuanto más duradero sea, cuantos más sean sus efectos secundarios y cuanta menor supervisión tenga, menor será su adherencia al tratamiento.
- El tratamiento debería ser lo más sencillo posible, intentando adaptarlo a su actividad diaria, vigilando las interacciones y hacer un seguimiento del tratamiento mantenido en el tiempo.
- En estadios iniciales, toda su inquietud está en ocupaciones que no tienen que ver con su mejoría de salud. Si, además, el tratamiento para conseguir mejoría en su salud, le supone una complicación para su ritmo de vida normal, las posibilidades de fracaso terapéutico son altas.
- Dado que la mayoría de los tratamientos de esta población son de difícil manejo, es mejor abordar su adherencia en fases avanzadas de tratamiento.

1.3 Factores relacionados con el paciente.

- Qué sabe el paciente de su patología: cómo la pudo adquirir, cuál es su evolución y su tratamiento, intentando detectar creencias erróneas.
- Cómo piensa afrontar el paciente su trastorno, valorando su estado afectivo.
- Presencia de uso, abuso o dependencia al alcohol o a otras drogas.
- Situación de falta de domicilio, pobreza o marginalidad.
- Dado que la fase informativa de escuela de salud, se produce durante el nivel 1, es adecuado que, una vez que el paciente tenga suficiente información

de su enfermedad, se proceda a su tratamiento, por lo cual es útil que se aborde en el nivel 2.

1.4 Factores relacionados con la interacción profesional – paciente.

La relación debe ser respetuosa, cordial y empática, pero sin dejarse influir por el paciente en su deseo de conseguir sus propios objetivos. Cuanto más satisfactoria sea la relación entre ambos, mejor será la adherencia al tratamiento.

La relación normalmente ha pasado por varias fases:

- Tratamiento de situaciones agudas.
- Consecución progresiva en la abstinencia.
- Información sobre sus patologías.
- Conocimiento de ambos sobre la base de meses de tratamiento.
- El personal sanitario debe enseñar al paciente a ser adherente.

Dar información al paciente acerca de su enfermedad, o de las causas de sus molestias, de las necesidades de tratamiento, de los posibles efectos secundarios, de la duración del tratamiento y advertirle qué puede pasar en caso de suspensión del tratamiento prescrito.

El acceso al personal sanitario debe ser fácil, pudiendo acudir al médico cuando lo necesite.

1.5 Estrategias para la intervención.

Explicar al paciente en qué consiste su enfermedad y su tratamiento, para que suprima ideas erróneas.

Entrenarle para que pueda manejar los fármacos con el fin de realizar una correcta posología.

Es bueno usar material escrito o ilustraciones, para que el paciente pueda entender mejor las indicaciones, así como ayudarle a recordar la toma de la medicación durante la dispensación de metadona.

- Comunicación: Dar indicaciones claras, con palabras que el paciente pueda entender, sin grandes discursos y que el paciente repita las indicaciones dadas.
- Incluir al paciente en la toma de decisiones, preguntando y opinando sobre su tratamiento.
- Llegar a un acuerdo sobre los cambios en su estilo de vida que debe realizar ante el tratamiento prescrito.
- Se debe valorar la implicación de la familia.

2. MANEJO DEL USO DE SUSTANCIAS.

2.1. Epidemiología del uso de sustancias en pacientes en PMM.

En los adictos a opiáceos hay una elevada frecuencia del consumo de otras sustancias. En este sentido, los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona tienen, junto a su dependencia a opiáceos, un uso de otros tóxicos.

2.1.1. Heroína.

Los pacientes, al comenzar el tratamiento, pueden tener un consumo de heroína hasta que se estabiliza la dosis de metadona y consiguen reducir la apetencia y bloquear el efecto euforizante de la heroína. Posteriormente irán reduciendo el consumo de heroína y, aunque habrá pacientes que evolucionen favorablemente, otros tendrán una evolución irregular y algunos tendrán una situación similar a la existente previamente al ingreso. Algunas de estas evoluciones menos favorables, en lo concerniente al consumo de heroína, pueden explicarse por la potenciación de los programas de metadona dirigidos a la reducción del daño. Sin embargo, en los pacientes que reciben dosis de metadona adecuada, se aprecia un descenso en el número de consumos de heroína, frente a pacientes con dosis bajas de metadona.

2.1.2. Cocaína.

Los pacientes dependientes de la heroína, suelen presentar abuso o dependencia de cocaína previamente a su inclusión en PMM. Tras su inclusión, muchos de ellos persisten en su consumo de cocaína, otros abandonan su consumo y algunos, no consumidores de cocaína antes de su inclusión en PMM,

pueden iniciarse en su consumo tras comenzar PMM. Parece que a mayor tiempo de permanencia en PMM, se reduce el porcentaje de consumidores de cocaína.

2.1.3. Alcohol.

La dependencia al alcohol se puede presentar en algún momento de la historia de consumo del paciente heroínómano. También puede observarse un intercambio entre las dos dependencias y en aquellos pacientes que abandonan el consumo de heroína, suele ser más frecuente la recaída en el consumo de alcohol, especialmente entre los que ya la padecieron en alguna ocasión. Entre los pacientes en tratamiento con metadona, hay pacientes que tienen un problema relacionado con el consumo de alcohol, en otros se produce un incremento en su consumo con respecto a la etapa anterior a su tratamiento con metadona y en otros no es una variable a tener en cuenta.

2.1.4. Benzodiacepinas.

Los pacientes en tratamiento con metadona, usan las benzodiacepinas para potenciar el efecto de la metadona, para intoxicarse, o para atenuar algunos síntomas de trastornos psicopatológicos.

2.1.5. Cánnabis.

La mayoría de los pacientes en PMM consumidores de cánnabis, no lo consideran problemático, con el consiguiente inconveniente para detener el consumo de este tóxico. Hay pacientes que tras iniciarse en el consumo de heroína abandonan el consumo de esta sustancia.

2.1.6. Los problemas más graves de la politoxicomanía son:

- EL aumento de la mortalidad, debido a la combinación de diferentes sustancias, pudiendo potenciar efectos.
- El aumento de la morbilidad, como consecuencia de haber adquirido algunas enfermedades en relación con su consumo y por el mal seguimiento de sus tratamientos, sobre lo que puede influir su situación social, laboral, económica o de vivienda, que pueden ser muy precarias.

- Las grandes dificultades para manejar a estos pacientes, debido a sus faltas continuadas a citas, a su escaso seguimiento de indicaciones terapéuticas, a sus dificultades en el funcionamiento familiar con escasa implicación de su familia, a su escasa implicación laboral con dificultades en su inclusión en el mundo laboral, a su mayor conflictividad social y a su mayor riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas como la infección por el VIH-SIDA.
- En el caso de tratarse de mujeres embarazadas, las graves repercusiones que sobre el feto puede originar el consumo de sustancias, además de no saber la situación socio-familiar en la que se van a quedar los niños.
- Para conocer la importancia del policonsumo, se debe tener en cuenta las características del paciente, sus factores culturales, sus factores sociales y familiares, así como el tipo de sustancia que usa el paciente.
- Los PMM han demostrado datos favorables en cuanto a la retención de pacientes en tratamiento, disminución de las prácticas de riesgo y de la morbi - mortalidad, disminución del consumo de otras sustancias ilegales, disminución de la criminalidad asociada al consumo y mayor calidad de vida del adicto. Todos estos objetivos no se consiguen sólo con la administración de metadona. En caso de exclusiva administración de metadona, los pacientes tendrán menor riesgo de intoxicación por uso de otras sustancias, pero con el mismo patrón de conducta del consumidor y su mismo patrón de relaciones sociales.
- Son datos de mal pronóstico en un PMM: Los antecedentes del consumo de drogas diferentes de la heroína, como la dependencia a cocaína, a benzodiazepinas o a alcohol. La comorbilidad psiquiátrica.

2.2. Factores etiológicos.

- Algunas personas previamente a su inclusión en tratamiento de mantenimiento con metadona, podían presentar algunas circunstancias a tener en cuenta:
 - Dependencia de otras sustancias.
 - Vivían con una familia o en un ambiente social favorecedor para el consumo de sustancias.
 - Podían usar el consumo como medio para favorecer relaciones sociales.
 - Consumían para controlar determinados síntomas psicopatológicos.
- El paciente drogodependiente ha aprendido a usar tóxicos para afrontar determinadas situaciones, o para poder experimentar cambios de su estado de ánimo y de su humor. Con el tratamiento con metadona no se obtienen estos

cambios, por lo que los pacientes recurrirán al uso de otras sustancias para poder obtenerlos:

- Pueden tomar alcohol y benzodiazepinas tras la ingesta de metadona para potenciar el efecto sedante y desinhibidor.
- Pueden tomar estimulante durante el día, asociándolos a ansiolíticos o incluso a heroína, para contrarrestar los efectos no deseables de la cocaína.
- Pueden tomar ansiolíticos o hipnóticos durante la noche, para poder conciliar el sueño.

□ En ocasiones los pacientes pueden llegar a consumir sustancias debido a la capacidad que éstas tienen de modificar determinados síntomas de los pacientes.

- Algunos pacientes consumen heroína para aliviar su disforia, su agresividad, su irascibilidad o los síntomas positivos de una esquizofrenia, sin tener los efectos secundarios de un antipsicótico.

- Otros pueden consumir cocaína para controlar sus síntomas depresivos o para evitar los síntomas negativos de una esquizofrenia o de un tratamiento antipsicótico.

2.3. Diagnóstico diferencial entre consumos.

2.3.1. Consumos asintomáticos.

□ Consumos que se realizan de una manera intermitente, sin que se presenten complicaciones tóxicas(intoxicación o psicosis tóxica), síndrome de abstinencia, alteración del comportamiento o pérdida del control.

□ Uso experimental: Es un patrón de consumo fortuito durante un tiempo muy limitado, siendo su finalidad el conocer el efecto de determinadas sustancias.

□ Uso recreativo: Es un consumo controlado, entre amigos, social, con una finalidad lúdica o facilitadora del contacto social, manteniendo su capacidad para conservar sus actividades familiares, laborales y sociales, siendo las vías de consumo las menos adictivas y las menos peligrosas.

□ Uso circunstancial: Implica el uso de la sustancia en determinadas situaciones, evitándola en otras, usándola para ser capaz de realizar determinadas actividades(laborales, deportivas, sexuales), siendo capaz de mantener el resto de sus actividades bajo su control, siendo las vías de consumo las menos adictivas y las menos perjudiciales.

2.3.2. Consumos sintomáticos o problemáticos.

Sus consumos son:

- a- Diarios, con tendencia a ir aumentando la dosis.
- b- Atracones de consumo: en un corto período de tiempo consumen altas dosis.
- c- Los consumos comienzan a ser peligrosos, a pesar de saber que tienen repercusiones negativas para su salud o para su vida.
- d- Estos consumos pueden tener efectos agudos: sobredosis(asociación de depresores con riesgo de depresión cardiorrespiratoria), síntomas psiquiátricos(ideas delirantes, alucinaciones, ansiedad, agresividad, disforia), o síndrome de abstinencia(supresión brusca de alcohol o de benzodiacepinas).
- e- Los consumos también pueden tener efectos crónicos, como son la adquisición de una nueva dependencia, asociada a la dependencia de opiáceos, que puede dificultar su proceso de rehabilitación, al mantenerse en un estilo de vida de persona consumidora.

Uso intensificado:

- a- Es un patrón de consumo de periodicidad diaria.
- b- Dosis baja.
- c- No se producen alteraciones en el nivel de conciencia,
- d- No se producen alteraciones en las actividades familiares, laborales o escolares.
- e- Se suele mantener el consumo para aliviar la tensión y mejorar el rendimiento.
- f- Suelen usar vías de consumo de escaso riesgo.

Uso compulsivo:

- a- La cantidad consumida, puede ser diaria, en dosis que tienden a incrementarse, o puede ser en atracones, pudiendo intercalarse ambas.

- b- La frecuencia del consumo suele ser de varias veces al día.
 - c- Las vías de consumo pueden ser las de mayor potencial adictivo, o las más peligrosas para su salud.
 - d- Suelen presentar este consumo, para mantener un funcionamiento basal o para evitar síntomas de abstinencia.
 - e- Este consumo, trae repercusiones en su vida personal a nivel psicofísico, familiar, laboral y social.
- Estos dos patrones de consumo, podrían dar lugar al abuso y al síndrome de dependencia, respectivamente, para cada una de las sustancias consumidas en pacientes en PMM.

2.4. PMM y consumo de alcohol.

El alcohol y las sustancias emparentadas con él, son depresores del SNC, pudiendo potenciar el efecto farmacodinámico depresor del SNC, causando riesgo de depresión respiratoria, coma y muerte.

2.4.1. Intoxicación alcohólica.

- Los pacientes en PMM pueden tomar alcohol, con mucha frecuencia asociado a benzodiazepinas, antes o después de la ingesta de metadona, para obtener un estado de desinhibición, sedación y euforia, que no consiguen con la metadona.
- En caso de desarrollar tolerancia, habrá que aplicar tratamientos adecuados, para evitar riesgos físicos.
- En caso de depresión respiratoria, se precisa de ingreso hospitalario, para la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y de la temperatura, para la instalación de ventilación asistida y para la aplicación de antagonistas opiáceos y barbitúricos, en condiciones de seguridad.

2.4.2. Dependencia alcohólica.

- El consumo continuado de alcohol produce dependencia física, teniendo que consumirlo para evitar el síndrome de abstinencia.
- La abstinencia precoz o leve:
 - a- Aparece algunas horas después del cese del consumo.
 - b- Se caracteriza por anorexia, náuseas, temblores, agitación, ansiedad y disforia, con trastornos del sueño y sudoración nocturna.
- La abstinencia tardía o grave:
 - a- Aparece varios días después del cese del consumo.
 - b- Aumento de la actividad psicomotora.
 - c- Confusión.
 - d- Desorientación.
 - e- Convulsiones generalizadas tónico-clónicas.
 - f- Agitación intensa.
 - g- Alucinaciones e ideas delirante (delirium tremens).
 - h- También se acompaña de una intensa actividad vegetativa (temblores, taquicardia, sudoración, piloerección, midriasis).
- La abstinencia a alcohol y a benzodiazepinas, es más grave, con mayor sintomatología psicomotora y vegetativa.

2.4.3. Tratamiento de la dependencia alcohólica.

- Los objetivos serán:
 - a- Desintoxicar al paciente de la manera más segura y cómoda, manteniéndolo en PMM.
 - b- Motivar para un tratamiento a largo plazo de rehabilitación del alcoholismo.
- En la abstinencia leve, sin complicaciones orgánicas ni psiquiátricas: Es posible el tratamiento ambulatorio, contando con la colaboración de responsables, pudiendo utilizarse benzodiazepinas, clometiazol o tiaprizal.
- En la abstinencia grave, con complicaciones orgánicas o psiquiátricas:
 - a- Lo recomendable es la desintoxicación hospitalaria.
 - b- La abstinencia de alcohol y benzodiazepinas, considerarla como grave y solicitar ingreso hospitalario.

c- Se podría usar la carbamacepina, la cual evitaría las convulsiones, inicialmente a dosis de 800 mg/día durante dos días, para comenzar un lento descenso de la dosis, que en el caso de benzodiazepinas de vida media corta se realizaría durante una semana, y en el caso de ser de vida media larga se realizaría durante dos semanas.

d- Si se presentara agresividad, alucinosis alcohólica o alucinaciones, ideas delirantes, se podría dar un antipsicótico (haloperidol, 2-5 mg/oral/2-3 veces al día).

□ Tratamiento a largo plazo:

a- Valorar su tratamiento en régimen residencial,

b- Tratamiento de comorbilidad psiquiátrica, si la hubiera,

c- Uso de fármacos aversivos (como la cianamida cálcica o el disulfiram) y de fármacos antideseo del consumo (ISRS, acamprosato).

d- Inclusión en grupos de psicoterapia, inicialmente en el grupo de metadona – consumidores (irles motivando hacia la abstinencia, hasta conseguir un inicio de abstinencia) y posteriormente en el grupo de metadona – no consumidores (mantenerles abstinentes y cambio de sus estructuras cognitivas hacia una persona no consumidora).

2.5. PMM y benzodiazepinas.

2.5.1. Epidemiología.

Las benzodiazepinas constituyen uno de los fármacos más utilizados en los pacientes en PMM, lo que lleva a un mayor riesgo de toxicidad y a desarrollar cuadros de abstinencia más agresivos.

Hay que determinar el patrón de consumo:

- Paciente en tratamiento por un trastorno asociado, valorando si además presenta uso de psicofármacos no prescritos.

- Paciente con un consumo ilegal de benzodiazepinas, evaluando si además está consumiendo alcohol.

2.5.2. Intoxicación por benzodiazepinas.

- A dosis bajas, aparece:
 - Lenguaje farfullante.
 - Ataxia (incoordinación motora).
 - Letargia y sedación.
 - Alteración de la capacidad cognitiva y de juicio.

- Si las dosis son mayores, puede aparecer:
 - Alteraciones de la memoria.
 - Desorientación,
 - Confusión, estupor, pudiendo llegar al coma, especialmente cuando hay combinación con el alcohol, en cuyo caso será necesario: un control de las constantes vitales, lavado gástrico, tratamiento de desequilibrio hidroelectrolítico, ventilación asistida y la administración de antagonistas opiáceos y de las benzodiazepinas.

2.5.3. Dependencia a benzodiazepinas.

- Tanto en los pacientes con tratamiento prescrito con benzodiazepinas como los que las consumen sin prescripción, su uso crónico desarrolla dependencia, apareciendo abstinencia si no se toman.

- Los síntomas de la abstinencia son similares para todas las benzodiazepinas, lo que varía es el momento de aparición de los síntomas según sea la vida media:
 - Para las benzodiazepinas de vida media corta o intermedia, los síntomas comienzan tras 12 – 24 horas después de la última toma de benzodiazepinas, siendo su máxima intensidad entre las 24 y 72 horas post-ingesta.
 - Para las benzodiazepinas de vida media larga, los síntomas comienzan hacia las 24 horas, alcanzando su máxima intensidad el quinto u octavo día tras la última toma.

- Inicialmente se presenta ansiedad, temblor, molestias gastrointestinales, dolores musculares, sintomatología vegetativa.

□ Posteriormente puede aparecer, agitación, ideación delirante, alucinaciones, un cuadro psicótico, acompañado de convulsiones generalizadas tónico-clónicas.

2.5.4. Tratamiento de la dependencia a benzodiacepinas

- Para el inicio del tratamiento, se debe valorar:
 - Posibilidad de realizar la desintoxicación de manera ambulatoria o necesidad de ingreso en hospital,
 - Mantener la metadona y valorar la necesidad de incrementos en su dosis.

- La desintoxicación se podrá realizar de forma ambulatoria:
 - Cuando la cantidad consumida no sea muy alta y si no hay asociación con otras sustancias, especialmente alcohol.
 - De forma preferente, cambiar la sustancia usada por una benzodiacepina de vida media larga, a dosis equivalentes, e iniciar el descenso a un ritmo de un 5-10% de la dosis total cada semana.

- Si la cantidad consumida es muy alta, o hay combinación con otros tóxicos, solicitar ingreso hospitalario para desintoxicación.

2.6. PMM y cocaína.

2.6.1. Epidemiología.

Diversos estudios señalan que más de un 40% de los pacientes en tratamiento con metadona presentan uso de cocaína.

El motivo que puede explicar por qué se suele asociar con tanta frecuencia el consumo de cocaína y de heroína, es el contrarrestar de efectos secundarios de cada uno de ellos, de tal forma que la heroína disminuye la ansiedad, irritabilidad y agitación causadas por la cocaína, mientras que la cocaína permite conseguir euforia, pero sin efecto sedante de la heroína.

Diversos autores indican que los pacientes con uso crónico de cocaína(abuso o dependencia), presentan mayor número de trastornos psicopatológicos.

2.6.2. Intoxicación por cocaína.

La intoxicación se presenta cuando consumen más cantidad de la tolerada.

Presentan:

- Aumento de la actividad psicomotora, pudiendo llegar a la agitación, con aumento de los reflejos.

- Conductas estereotipadas(rechinar de dientes).

- Ansiedad y signos somáticos, como dilatación pupilar, sudoración y sequedad de boca.

- Síntomas psiquiátricos, como delirio paranoide, alucinaciones auditivas visuales o zooscópicas.

- El tratamiento consiste en controlar las alteraciones somáticas, especialmente las arritmias y la hipertensión, con propanolol, así como el control de las alteraciones psiquiátricas.

- Si la actividad o la agitación psicomotora es lo predominante, se administrarán benzodiazepinas.

- Si la sintomatología psiquiátrica es lo predominante, se administrarán antipsicóticos y si fuera necesario se añadirían las benzodiazepinas.

2.6.3. Dependencia a cocaína.

El establecimiento de dependencia y su posterior síndrome de abstinencia, en caso de supresión de la cocaína, va a depender del patrón de consumo y de la cantidad consumida.

Los pacientes con un patrón de consumo asintomático, suelen presentar una abstinencia leve, con:

- Alteraciones del sueño.

- Letargia diurna.

- Irritabilidad.

- Dolores y molestias vagas.

- Aquellos con un patrón de consumo sintomático, especialmente el compulsivo, presentan:
 - Una primera fase de descenso, con una gran depresión, ansiedad, trastornos del sueño y desesperanza.
 - Continúan durante varias semanas con una fase de disforia, ansiedad, irritabilidad, deseo de consumir cocaína.
 - Pasan posteriormente por una fase de luna de miel, en la que desaparecen la mayor parte de los síntomas y el paciente comienza a sentirse capacitado para comenzar a manejar de nuevo su vida, pudiendo llegar a pensar que ya es capaz de dominar su consumo de cocaína, siendo ésta una fase de máximo riesgo para las recaídas.
 - La desaparición de la abstinencia a la cocaína, tarda varios meses en conseguirse.

2.6.4. Tratamiento de la dependencia a cocaína.

- No hay una medicación específica para el tratamiento de la abstinencia, ni una medicación agonista ni antagonista, ni para controlar la ansiedad para consumir.

- En esta dependencia, el tratamiento de primera elección es el abordaje psicosocial y cuando éste falla, o cuando se trata de una dependencia a cocaína muy grave, se instauran los tratamientos farmacológicos.

- Tratamientos farmacológicos basados en la hipofunción dopaminérgica y la hipersensibilidad de receptores dopaminérgicos postsinápticos:
 - Se han utilizado agonistas dopaminérgicos, como la bromocriptina, la amantadina, el mazindol, o el bupropion.
 - Para controlar la hipersensibilidad receptorial se han usado los antipsicóticos.

- Tratamientos basados en la hipofunción noradrenérgica y serotoninérgica, así como la hipersensibilidad de receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos:
 - Antidepresivos, especialmente en los que presentan depresión.
 - Litio, en los que presentan un trastorno bipolar.
 - Metilfenidato, en los que presentan un trastorno por déficit de atención.

- Otros tratamientos han sido utilizados:
 - Anticomociales, como la carbamacepina y la pemolida.
 - Antagonistas serotoninérgicos como el sulpiride.
 - Antagonistas opiáceos como la naltrexona.

- Tratamiento con agonistas opiáceos en diagnóstico de dependencia a heroína y a cocaína:
 - El tratamiento con metadona demuestra que, si se administra la dosis adecuada y se facilita la recogida de la dosis de metadona, la eficacia en cuanto al consumo de heroína y de otros tóxicos se podría conseguir.
 - El tratamiento con buprenorfina, cuando se administraba a dosis altas(12 mg/día o más), demuestra buena retención en el tratamiento y en la abstinencia al consumo de heroína, pero en la abstinencia al consumo de cocaína, los estudios no se muestran uniformes en sus decisiones, prevaleciendo la idea de no mejorar la abstinencia a cocaína, respecto a los resultados obtenidos con la metadona.

- Otras estrategias: Vacunar para así conseguir la inmunización contra la cocaína, impidiendo que logre pasar al SNC.

- En caso de existir trastorno psiquiátrico subyacente, su tratamiento farmacológico puede disminuir los síntomas de la abstinencia a cocaína y mejorar el pronóstico de la dependencia a la cocaína.

- En cualquiera de los tratamientos, hay que tener en cuenta que su eficacia puede deberse a la buena predisposición del paciente a cumplir su tratamiento y a conseguir la abstinencia, y no tanto a la eficacia anticonsumo del tratamiento farmacológico.

- La combinación de la psicoterapia con los tratamientos farmacológicos, es el tratamiento que consigue mayor número de resultados, debiendo estar el tratamiento farmacológico al servicio y como complemento del tratamiento conjunto y no esperar la respuesta curativa en los fármacos.

3. ENFERMEDAD MENTAL Y DROGODEPENDENCIA.

3.1. Etiología y patogenia.

- Los opioides endógenos tienen una acción sobre el SNC, con lo que el aporte de opiáceos exógenos producirá una disfunción del sistema opioide endógeno, que podría causar un trastorno mental orgánico.
- El consumo de opiáceos se puede iniciar para tratar una disfunción del sistema opioide endógeno, alteración que podría causar un trastorno mental y para cuyo control puede utilizarse los opiáceos.
- El estilo de vida que conlleva la drogodependencia hace posible la aparición de otros trastornos psicopatológicos.
- La drogodependencia supone un riesgo para padecer enfermedades orgánicas, muchas de las cuales son un factor estresante, pudiendo incluso llegar a desarrollar un trastorno mental orgánico.

3.2. Diagnóstico.

Se debe hacer diagnóstico diferencial entre las distintas posibilidades etiológicas para un mismo síntoma:

- Intoxicación aguda.
- Abstinencia.
- Trastorno mental.

3.3. Trastornos más frecuentes.

A/ Los trastornos mentales comórbidos con la drogodependencia más frecuentes, son:

- Trastorno de personalidad antisocial.
 - Trastorno de ansiedad.
 - Trastorno depresivo.
 - Trastornos psicóticos.

B/ Trastornos de personalidad y drogodependencias.

- Hasta el 55% de los drogodependientes, durante su fase de consumo activo, presentan criterios diagnósticos de trastornos de personalidad antisocial. El consumo de sustancias, es un criterio de diagnóstico más de su trastorno de personalidad. La motivación para el consumo de heroína es superior a cualquier otra consideración, por lo que las conductas delictivas surgen durante el consumo como un recurso para obtener drogas y tienden a desaparecer durante los períodos de abstinencia.
- Algunos pacientes, como último recurso para el consumo de sustancias, tienen que dedicarse a actividades marginales, debido a que por sus características personales no son capaces de realizar actividades delictivas. Sería el caso de aquellos que ejercen la mendicidad o la prostitución.
- Sólo en la mitad de los casos presentan criterios diagnósticos previos al consumo de sustancias.
- Los trastornos de personalidad antisocial, son predictores de mala respuesta a los diferentes abordajes psicoterapéuticos en los consumidores de opiáceos.
- Se debe de establecer una relación de colaboración, haciendo cosas con el paciente, pero no para el paciente.
- Hay que centrarse en el comportamiento del paciente y no tanto en explicar la causa de su comportamiento.

- Es preferible que reflexione sobre sus actos, a darle consejos o realizar juicios de valor.
- Es útil fijarle límites y si surge ansiedad o depresión, abordarlos, así como proporcionarles apoyos sociales.
- Es bueno que intente colaborar con otros para aumentar su autoestima.

C/ Depresión y drogodependencias.

- La depresión es el trastorno mental comórbido más frecuentemente asociado a la drogodependencia, siendo más frecuente en los drogodependientes que acuden a buscar tratamiento, que en los que no lo demandan.
 - Durante la fase de abstinencia aguda a opiáceos (las primeras dos o tres semanas), aparece un cuadro depresivo que cede espontáneamente y que puede ser considerado como un trastorno afectivo orgánico.
 - Durante la fase de dependencia activa, el consumo de heroína suele causar mayor número de cuadros depresivos que el tratamiento con metadona, siendo la depresión similar a la aparecida en los trastornos adaptativos.
 - La dependencia de opiáceos suele preceder en la mayoría de las ocasiones a la depresión.
- Los opiáceos alteran el funcionalismo del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenales, lo que causa dificultad para adaptarse al estrés y para modular la afectividad ante situaciones de dificultad.
 - Además, el estilo de vida del drogodependiente acarrea un número elevado de situaciones estresantes que pueden desencadenar alteraciones de la afectividad.

- Estos trastornos depresivos suelen ser transitorios, apareciendo y desapareciendo en función de su estado de consumo y de las situaciones vitales estresantes que acontecen.

□ Los pacientes con un trastorno afectivo primario, son un factor de riesgo para la recaída en el consumo de opiáceos. Cuando la depresión se acompaña de drogodependencia, es predictor de conductas autodestructivas. En estos pacientes, la pérdida generalizada del interés no se acompaña de pérdida de interés por la consecución de la droga, posiblemente debido a que la propia drogodependencia es una forma de autodestrucción, lo que caracteriza a los pacientes con depresión.

□ La principal dificultad para su tratamiento, es la ausencia de su diagnóstico, favorecido por su consumo activo o por las actividades delictivas del sujeto.

□ El tratamiento farmacológico, debería reservarse para pacientes con persistencia de sintomatología afectiva, puesto que en el resto, el tratamiento de su dependencia suele hacer remitir los síntomas depresivos.

D/ Trastornos de ansiedad y drogodependencias.

□ Los trastornos de ansiedad primarios más frecuentes en los drogodependientes, son los trastornos de ansiedad generalizada y las fobias. Sin embargo, la ansiedad como síntoma, es una de las manifestaciones más frecuentes en la drogodependencia.

□ El SAO tiene una gran similitud de síntomas con los trastornos de ansiedad, lo que puede causar que el drogodependiente los pueda confundir. Ante situaciones que generen ansiedad, el paciente puede pensar que comienza su SAO, lo que le lleva a consumir para controlar el estado de ansiedad, contribuyendo a mantener la drogodependencia.

□ El tratamiento consiste en explicarles la asociación entre ansiedad, SAO y consumo de sustancias. Se pueden usar benzodiazepinas, pero con cautela, debido a su riesgo de abuso y dependencia.

E/ Trastornos psicóticos y consumo de sustancias.

□ Los trastornos esquizofrénicos, en la población de drogodependientes, tienen una prevalencia similar a la de la población general. Sin embargo, en los pacientes esquizofrénicos, el consumo de opiáceos tiene una finalidad terapéutica, tanto en la sintomatología positiva (por la sedación), como en la negativa (por el efecto euforizante).

□ En ocasiones, durante el síndrome de abstinencia, se pueden desarrollar cuadros psicóticos, que empeoran con tratamiento de agonistas alfa 2 presinápticos, con lo que en estos casos se debe administrar un agonista opiáceo (metadona) y un antipsicótico (haloperidol, clorpromazina).

□ No hay contraindicación farmacológica para el tratamiento con antagonistas opiáceos en pacientes psicóticos.

c) AREA SOCIAL.

El sujeto de Nivel 2 debe tener muy claros sus niveles de cambio lo que debe implicar un adecuado conocimiento de sus necesidades personales y sociales.

Hemos de suponer que ha establecido o al menos iniciado, cambios enfocados a la resolución de sus problemas de manera que puede iniciar otros cambios en su proceso de rehabilitación y satisfacción de sus necesidades.

Es el momento de comenzar a resolver situaciones a escala laboral, educacional y familiar apoyándose en su mayor motivación a los cambios realizados en su estilo de vida.

La abstinencia a sustancias problema puede ser un determinante a la hora de iniciar o de mantener los cambios.

c.1. OBJETIVOS DEL ÁREA.

1. Establecer una implicación cada vez mayor en su proceso de normalización social, dando respuestas adecuadas a las posibles problemáticas detectadas en los niveles anteriores.
2. Conocer y saber resolver las posibles situaciones problema que le vayan surgiendo o en su defecto, establecer las respuestas o recursos más adecuados aunque no sea capaz todavía de realizarlas.
3. Alcanzar niveles de autosuficiencia y autonomía que le permitan desarrollar una actividad formativa o laboral mantenida en el tiempo.

c.2. METODOLOGÍA.

Durante el tiempo que el usuario permanezca en este nivel se mantendrán las citas de intervención individual y familiar, aprovechando las sesiones grupales para informar y establecer otros objetivos más generales.

La premisa sobre la que vamos a basar el tratamiento es la iniciación de cambios importantes en su estilo de vida, lo cual evidentemente, incluye mantener abstinencia a sustancias que puedan ser problemáticas a la hora de estabilizar dichos cambios o de iniciar otros.

La valoración de las necesidades reales y la jerarquización de las mismas nos proporcionarán un diagnóstico adecuado de la situación personal y social.

El sujeto estará preparado para aceptar una mayor intervención en los ámbitos laboral, educacional, formativo y familiar. Esto implicará una mayor atención por parte del trabajador social a la hora de tener que establecer las necesidades reales del sujeto y las demandas del mismo.

Así, podemos encontrarnos con personas que “necesitan” trabajar y con personas que nos “demandan” trabajar.

La necesidad social y personal que implica el trabajo no debe suponer una limitación en el tratamiento, sin embargo debemos ser conscientes que si el sujeto no tiene cubiertas las necesidades básicas o se encuentra en una

situación económica delicada, esto sí va a limitar su tratamiento, hasta el extremo de tener que priorizar la respuesta a su grave situación.

Otras cuestiones que nos limitarán la intervención son las cuestiones judiciales teniendo que distinguir entre causas en espera de juicio y causas ya iniciadas o en cumplimiento. Aquí deberemos valorar la solicitud de “cumplimiento alternativo” de la pena o el cumplimiento de la pena “condicionado a tratamiento”.

Las personas en cualquiera de éstas situaciones deberán tener un plan de actuación determinado a través del cual poder realizar el seguimiento del caso e informar a la entidad responsable sobre la evolución del mismo.

Una persona en nivel 2 no debería tener causas penales nuevas durante la duración de este nivel ya que las mismas supondrían un NO cambio de su estilo de vida.

En resumen, podemos establecer como principales puntos a trabajar en este nivel:

- a) Establecimiento de un diagnóstico social que permita un plan de intervención.
- b) Mantenimiento de la coordinación con otras instancias e instituciones que estén interviniendo en el caso o que puedan repercutir en el mismo.
- c) Información y asesoramiento al sujeto y a su familia de los posibles recursos necesarios para dar respuesta a las necesidades y demandas planteadas.
- d) Continuación con la intervención individual y familiar.
- e) Dejar un mayor protagonismo y participación al propio individuo, proporcionando los espacios necesarios para ello.
- f) Iniciar formación hacia el empleo según posibilidades del sujeto.
- g) Valoración de búsqueda de empleo activa según cada caso.
- h) Estudio y valoración de la situación penal y judicial.
- i) Seguimiento y evaluación de la acción social acordada con el sujeto, así como de las incidencias y acontecimientos nuevos que pudieran surgir.

- j) Cualquier otra cuestión que pudiese acontecer.

Intervención grupal

GRUPO P.M.M. NIVEL 2

PERFIL DE LOS USUARIOS

- Usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona.
- Abstinencia total o regular a sustancias psicoactivas.
- Implicación en el Programa y posibilidad de cambios.

CONTENIDOS

1. Programa de mantenimiento con metadona.
 - Substancia.
 - Tratamiento.
 - Interacción con otras sustancias.
2. Ansiedad, estrés, angustia y depresión.
 - Evitación.
 - Intervención.
3. V.I.H.
 - Afrontamiento de la enfermedad.
 - Afección en nuestras vidas.

- Visión de la enfermedad.
- 4. Prevención de recaídas.
- 5. Conflictividad y agresividad.
- 6. Resolución de problemas.
- 7. Autocontrol.
- 8. Sueño.
 - Problemas de sueño.
- 9. Habilidades Sociales.
- 10. Propuestas que surjan del grupo.
- 11. Hábitos de salud.
 - Higiene.
 - Alimentación.
 - Vacunas.

DURACIÓN DE LAS SESIONES

- Sesiones semanales.
- Hora y media.

5. EVALUACIÓN.

Se valorará trimestralmente salvo circunstancia que aconsejara que la valoración se fije antes.

Objetivos:

1. Mantenimiento del cambio.
2. Revisión del cumplimiento de objetivos fijados.
3. Valoración de inclusión en Nivel 3.

Puntos a tratar:

- Grado de cumplimiento de objetivos y pautas terapéuticas consensuadas.
- Abstinencia.
- Inicio / mantenimiento de cambios.
- Posibles problemas derivados de objetivos logrados.
- Controles de orina.
- Modalidad de recogida de dosis.
- Inclusión en Nivel 3.
- Regresión a niveles anteriores.
- Inclusión en grupos.
- Modalidad de recogida en el Nivel 3.

NIVEL 3

1. DESCRIPCIÓN

En el Nivel 3 se encuentran usuarios del P.M.M. en estadio de mantenimiento, según el modelo Transteórico. Son personas que mantienen y consolidan un nuevo estilo de vida.

Caracteriza a estos pacientes la capacidad para manejar crisis adecuadamente, manejar dificultades que de alguna manera en un estadio anterior hubieran podido peligrar los logros alcanzados.

Estos usuarios posiblemente sean susceptibles de alta en el Programa de Mantenimiento con Metadona, o bien de tomarla en un dispositivo que no conlleve relación con drogodependencias (Farmacia o INSALUD).

2. OBJETIVOS.

- Lograr el mantenimiento de abstinencia a opiáceos y generalización de la misma a otras sustancias según criterios teóricos establecidos (ANEXO 3).
- Afianzamiento de un estilo de vida normalizado según los objetivos planteados desde las diferentes áreas de intervención.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Abstinencia a opiáceos durante un mínimo de seis meses.
- No hay deseos de consumo de opiáceos.
- No se permitirá abuso, dependencia y patrones de consumo compulsivo, circunstancial y continuado, de otras sustancias.
- Haber cubierto los objetivos terapéuticos del nivel anterior.

4. METODOLOGÍA.

4.1. DISPENSACIÓN

La dispensación sería semanal y podría realizarse en los siguientes dispositivos:

- C.A.I.D.U.
- Farmacia.
- INSALUD.
- SMMT.

Esto se recogerá en la reunión de valoración de paso de nivel.

4.2. CONTROLES DE ORINA

Tres controles de orina aleatorios al mes. (Este número de controles fue decidido por cálculo de probabilidades).

4.3. TEMPORALIZACIÓN.

El comienzo de este periodo (de Mantenimiento, según el Modelo Transteórico) se sitúa a los 6 meses de producirse el cambio de conducta, y tiene su fin en el momento en que la conducta adictiva finaliza. Tenemos la certeza de que la conducta adictiva ha finalizado cuando no hay tentaciones de consumo a lo largo de las situaciones de riesgo o problemáticas a las que el paciente se pueda enfrentar. Este periodo es un periodo de cambio continuo.

4.4. INTERVENCIÓN.

a) AREA PSICOLÓGICA.

a.1. OBJETIVOS DEL ÁREA.

- Mantenimiento de los cambios producidos.
- Afianzamiento de la abstinencia.
- Preparación hacia el alta.

b.1. INTERVENCIÓN

Las principales características de esta etapa son las siguientes:

- Generalización de la abstinencia a otras drogas.
- Mantenimiento y consolidación de un nuevo estilo de vida.
- Aprendizaje de manejo de situaciones de crisis y recaídas.
- Es un periodo de cambio continuo.
- Termina cuando acaban las tentaciones de consumo o éstas son mínimas.
- La eficacia alcanza su punto máximo y se mantiene elevada.

En este nivel los objetivos prioritarios que se marcaban en la etapa anterior han sido superados. El objetivo en este es la consecución de los objetivos que nos habíamos marcado como secundarios o específicos o aquellos que aún no se han superado o hay dificultades, es decir, aquellos que, aún no siendo prioritarios, siguen siendo importantes para la consecución de un estilo de vida nuevo.

En este nivel se iniciará un aprendizaje de habilidades de búsqueda de empleo e inserción laboral, si no se ha iniciado antes. Lo que trataremos desde el área psicológica son las dificultades que pueden surgir, la existencia de problemas que pueden derivar de la inserción social a través del laboral, así como del manejo de dinero.

También seguiremos dando ayuda a demandas específicas del paciente que se deriven de su nuevo estilo de vida, de aquello que se vaya encontrando, ya que es un periodo de cambio continuo, de enfrentamiento a situaciones posibles de riesgo.

Seguiremos manteniendo y generalizando aquello que hemos aprendido en la etapa anterior en cuanto a las áreas de Prevención de Recaídas, Habilidades Sociales, Resolución de Problemas...

Veremos qué nuevas habilidades necesitan y qué estrategias se emplean en el nuevo estilo de vida.

Intervendríamos sobre la consolidación de nuevos hábitos de comportamiento a nivel conductual, cognitivo, emocional y social.

Daremos cada vez más importancia a aquellas estrategias que el usuario emplee en cada situación, a las estrategias que él vaya adoptando y a su propia dirección de su vida, alejando cada vez más nuestra intervención. El estilo de vida suele consolidarse a lo largo de los años.

Superada esta fase sería susceptible de alta terapéutica, la cual comenzaría con una valoración por parte de todas las áreas y se basaría en los criterios que se adjuntan en el Anexo 2. Tras el alta se propondría un seguimiento voluntario.

b) AREA MÉDICA.

b.1. OBJETIVOS DEL AREA.

- Mantener estable la situación orgánica, mediante el seguimiento de las citas pautadas.
- Mantenimiento de la abstinencia a tóxicos.
- Estabilización de la enfermedad mental y conseguir la adherencia al tratamiento y el seguimiento del tratamiento.
- Proceder al descenso de metadona, si se valora por el equipo terapéutico y el paciente.

b.2. INTERVENCIÓN.

Proceder de la forma indicada en nivel 2 para la intervención orgánica, psíquica y de consumo de sustancias.

Retirada de la metadona.

Cuando el paciente quiere reducir la dosis de metadona e intentar la abstinencia, es necesario que entienda la importancia que supone su decisión, puesto que puede suponer un riesgo de malestar y de recaída.

Para iniciar el descenso de metadona, se debe de tener en cuenta:

- El deseo y las preferencias del sujeto.
- La motivación para un deseo de rehabilitación.
- La estabilidad emocional.
- La antigüedad de la adicción.
- La antigüedad del tratamiento con metadona.
- La experiencia previa del sujeto en descensos de dosis.
- La existencia de creencias erróneas a cerca del tratamiento con metadona.
- La ausencia de presiones externas.
- No retirar la metadona sin el consentimiento ni el conocimiento del paciente.

El ritmo de descenso debe de individualizarse y durante el descenso de metadona debemos de tener en cuenta una serie de hechos:

- Aumentar los contactos durante el descenso para conocer su evolución a medida que se desciende la dosis.
- Valorar la presencia de malestar a medida que desciende la dosis.
- Valorar si aparecen cambios comportamentales.
- Valorar la aparición de cambios emocionales
- Ayudarle a superar dudas y temores.
- Posibilidad de volver a incrementar la dosis si se complica la evolución.

La retirada de la metadona es un proceso lento, pudiendo ser necesarios varios meses, o incluso años.

Desde su dosis inicial, se recomienda no superar el 10% de la dosis cada 14 días, hasta alcanzar aquella dosis que rompe la meseta farmacocinética y que puede causar síntomas de abstinencia antes de la toma del día siguiente(entre 20 y 40 mg/día). A partir de este momento, se recomienda reducir el ritmo de descenso de metadona y adaptarlo a las necesidades del paciente, evaluando la respuesta del paciente cada dos semanas.

Otra posibilidad es iniciar el descenso de metadona a un ritmo de 1-2 mg a la semana, evaluando la respuesta a las 4 semanas y, según sea la respuesta, mantener, aumentar, o reducir la velocidad de descenso.

Los síntomas de abstinencia pueden aparecer en cualquier momento de la fase de descenso, y para atenuar la intensidad de los síntomas podemos adoptar una serie de medidas:

- Disminuir la cantidad de metadona que se retira en cada descenso.
- Aumentar el intervalo de días sin modificaciones de dosis entre descensos.
- Mantener una dosis hasta que desaparezcan los síntomas de abstinencia
- Empleo de medicamentos que pueden aliviar el SAO, como es el caso de la clonidina y de alguna benzodiazepina de vida media larga, vigilando la tensión arterial.
- Una vez acabado el descenso, se pueden dar dosis bajas de metadona(5-10 mg), con la idea de proporcionar durante unos días un descanso temporal en las molestias, y programar un descenso, con la idea de reducir los síntomas de abstinencia.
- Si a pesar de estas medidas siguen teniendo SAO y deseo de descender la metadona, la mejor opción es ingresarlos en UDH.

Si durante el descenso aparece un trastorno del humor con disforia, insomnio, astenia, anorexia, quejas somáticas de SAO pero con escasos signos de abstinencia, podrían beneficiarse de la administración de un antidepresivo.

c) AREA SOCIAL.

La situación de los sujetos de este nivel se asemeja mucho a la de los sujetos que están realizando un PLD en su fase avanzada.

La normalización de su vida social es lo que marcará la estrategia a desarrollar a lo largo del nivel.

Hemos de partir de la situación individualizada y del proceso particular de inserción social llevado a cabo por cada sujeto durante los niveles anteriores, así como de las dificultades con las que se hayan encontrado.

c.1. OBJETIVOS DEL AREA.

- Analizar la evolución y proceso realizado por el sujeto fijando un nuevo proceso terapéutico adaptado a su carácter y a sus propios objetivos de vida.
- Adaptación de las limitaciones para superar situaciones de posible marginalidad, aceptando su responsabilidad y capacidad de acción para emprender medidas que no sean las propias del sistema de protección social.
- Reajustar las expectativas adecuándolas a la realidad social del sujeto buscando la independencia económica, familiar e institucional.

c.2. INTERVENCIÓN.

La intervención del trabajador social en este nivel debe adscribirse al mantenimiento de los cambios iniciados en etapas anteriores o en la iniciación de nuevos procesos de reinserción social que favorezcan la autonomía del sujeto.

"Nuestro objetivo es que las personas con problemas de drogodependencias y los que con ellos conviven, alcancen un grado de autonomía tal que les permita movilizar sus propios recursos, desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada, siendo capaces de transformar activamente su realidad" (Zamanillo y Gaitán, 1991)

No se debe regir la actuación social de manera generalizada ya que como venimos insistiendo, cada sujeto debe tener su propio proceso de cambio y por tanto de logros u objetivos se alcanzarán según su propio estilo de vida y acorde con las circunstancias que le rodean.

Si la intervención en los niveles anteriores ha sido la adecuada, el sujeto estará en una situación de cambios en diferentes ámbitos como la familia, las relaciones, la situación económica, la situación laboral, la salud, e incluso puede plantearse nuevos cambios en la formación o la educación.

Es posible que tenga alguna situación penal o judicial pendiente de etapas o situaciones anteriores, en estos casos, hemos de intentar los cumplimientos alternativos o las suspensiones de condenas que le lleven a tener que modificar o interrumpir su proceso terapéutico.

En dichas situaciones, nuestra labor es fundamental para realizar los informes pertinentes y para asesorar o aconsejar al sujeto de los cambios que debe introducir en su estilo de vida que le favorezcan en los juicios que tenga pendientes.

Pero quizás sean las cuestiones relacionadas con la economía y lo laboral las que nos ocupen la mayor actuación de este nivel.

Hemos de partir de la idea que en las etapas anteriores han dispuesto de tiempo para la formación laboral, han desarrollado estrategias adecuadas para la búsqueda de empleo e incluso pueden haber estado desarrollando trabajos más o menos continuados.

Será en este nivel, donde podamos trabajar de forma más intensa todas las cuestiones relacionadas con el trabajo y las posibles repercusiones que el mismo pueda tener en el ámbito personal, familiar, relacional, de manejo de dinero, de ocupación del ocio y tiempo libre, del cambio de vivienda, etc.

También hemos de marcarnos como estrategia la implicación en las políticas sociales y en la dinamización de la vida social, participando en las instituciones, entidades y asociaciones que puedan ayudarnos a promocionar la reinserción social del drogodependiente.

Fruto de nuestra actuación deben ser la participación en mesas de prevención a nivel local, mesas del menor de servicios sociales, coordinación con asociaciones vecinales y específicas de drogodependientes, mesas de salud y cuantas instancias o entidades puedan relacionarse con la promoción social de la comunidad y por tanto de la reinserción y rehabilitación total de los drogodependientes.

En todos estos organismos y sectores hemos de aclarar las dudas que se puedan tener respecto a la posible rehabilitación y reinserción social del drogodependiente, aclarando dudas, informando, planificando con ellos y sobre todo, demostrando que sí es posible.

Otro de los elementos claves a trabajar en este nivel es la familia del sujeto ya que se convierte en objeto de nuestra intervención desde el primer momento del tratamiento y por consiguiente hemos de estar dispuestos a facilitar la

información necesaria, la ayuda puntual y concreta que necesiten y hacerles partícipes, si es posible, del propio proceso terapéutico del sujeto.

A la familia la debemos considerar un elemento clave y fundamental del proceso del sujeto, pero también la hemos de trabajar desde la perspectiva de un sistema propio por lo que deberemos proporcionarles un proceso particular que les ayude o facilite salir del posible aislamiento social que puedan tener por la drogodependencia, la propia normalización familiar restaurando o adquiriendo hábitos saludables, logros e intereses comunes y que puedan ser un recurso propio y un apoyo clave del proceso del sujeto y del tratamiento.

En definitiva, deberemos iniciar cuantas acciones y actuaciones sean necesarias para apoyar el proceso terapéutico y el tratamiento del sujeto y de su entorno pero con la estrategia de que debe ser el propio sujeto y su entorno los que tengan la suficiente autonomía como para poder solucionar todas las posibles dificultades que se les planteen y que nuestra intervención irá enfocada hacia la normalización y autonomía.

"El criterio que se sigue para decidir si se ha alcanzado la superación del problema es que la persona consiga un estado de máxima autoeficacia o de confianza y que las tentaciones sean mínimas al enfrentarse al problema conductual, en todas las situaciones que previamente representaban un riesgo" (Prochaska, 1991 p.107)

5. EVALUACIÓN.

Se valorará trimestralmente cada caso salvo circunstancias que aconsejen valorar antes.

Los puntos a tratar son los siguientes:

- Alta terapéutica en P.M.M.

Nos plantearemos dar alta terapéutica a un paciente cuando se produce un cumplimiento de los objetivos marcados ya sea un cumplimiento total o parcial, entendiendo que los objetivos específicos del Nivel 3 se han cumplido.

- CUMPLIMIENTO TOTAL de los objetivos marcados: engloban todos aquellos que sería deseable plantear en un programa de tratamiento de adicciones. El guión orientativo se recoge en el anexo 3.
- CUMPLIMIENTO PARCIAL de objetivos: se cumplen los mínimos marcados para alta terapéutica. Anexo 3.

Cuando damos alta terapéutica puede suceder que el paciente continúe tomando metadona o bien que deje de tomarla:

- Hay pacientes que, aunque tengan cubiertos los objetivos pactados desde todas las áreas, deben seguir tomando metadona. En estos casos, como no se ve como necesario intervenir y se hace necesario dispensar el fármaco en un marco lo más normalizado, se derivará al INSALUD (ver criterios de derivación).
- Si se desintoxica de metadona, tras el proceso de rebaje, pueden darse dos posibilidades
 - Paso a un P.L.D.
 - Alta con seguimiento.
- Mantenimiento en el Nivel 3. Si no cumple los requisitos de alta terapéutica y tampoco de regresión a otros niveles.
- Circunstancias excepcionales: recogida de metadona, controles de orina, vacaciones...
- Valorar inclusión en grupos.

ANEXO A

Dentro de la dependencia a opiáceos valoraremos:

1. Cantidad consumida.
2. Vía de administración.

3. Tipo de uso.
4. Otras drogas consumidas.
 - 4.1. Aquellas consumidas antes que la heroína.
 - 4.2. Las consumidas de forma simultánea.
 - 4.3. Las usadas cuando no se toma heroína.

ANEXO 1.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DEL RESPONSABLE.

- Ser mayor de 18 años.
- Persona capaz física e intelectualmente.
- Posibilidad de contacto diario con el usuario.
- Situación familiar favorecedora.
- Posibilidad de buena conservación y administración de la metadona.
- No ser consumidor de drogas.
- Excepcionalmente un usuario de PMM podrá recoger la dosis de otro usuario si cumple todos los requisitos anteriores y tras ser valorado positivamente por el equipo terapéutico.

ANEXO 2

S.M.M.T. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Hay varios criterios para derivación a S.M.M.T.:

1. Por sanción:

- Si se estima adecuado en reunión de valoración por su situación en el tratamiento.
- No hacer controles de orina, según lo establecido en el Nivel 0.
- Agresión física o verbal a usuarios o profesionales.
- Consumo.
- Tráfico.
- Alteración del entorno y del CAIDU.
- Robos, hurtos y “trapicheos”.
- No recoger dosis de metadona u otra medicación pautaada:
 - Faltar de 3 a 7 días seguidos a recoger metadona en más de una ocasión. El primer episodio que ocurra esto sería aviso.
 - Faltar en un mes entre 5 y 15 días de una manera discontinua.
- Llegar tarde a recoger metadona y no respetar horarios.
- Portar o llevar armas.
- Consumir cualquier tipo de droga o alcohol en el centro o sus alrededores.

2. Por cercanía.

3. Por petición propia.

Se hará una revalorización mensual en el tiempo de estancia en el SMMT. La estancia mínima será de un mes.

Los puntos a tratar en la reunión de reevaluación son los siguientes:

- a) No existencia en este momento del motivo de sanción.
- b) Asistencia a citas (las mínimas estipuladas).

- c) Demostración objetiva de intención de cambios (COA).
- d) Reevaluación del nivel 0 al 1.
- e) Posibilidad de recogida por parte del responsable.

ANEXO 3

CRITERIOS DE ALTA TERAPÉUTICA.

ALTA TERAPÉUTICA CON OBJETIVOS PARCIALMENTE CUMPLIDOS

Se tendrán que cumplir los siguientes objetivos:

- Mantenimiento de abstinencia a la/s droga/s principal/es durante un periodo mínimo de tres meses.
- Ha aprendido estrategias de identificación y manejo de situaciones de riesgo.
- Mínima ocurrencia de pensamientos y deseos de consumo y adecuada resolución de los mismos.
- Adecuada resolución de conflictos interpersonales.
- Creación y mantenimiento de un marco de relación social adecuado.
- Maneja adecuadamente las áreas de comunicación, negociación, normas y responsabilidades.
- Situación social y legal regularizada o en trámites de la misma.
- Conocimiento de las principales fuentes de estímulos que le provocan estrés.
- Detección y conocimiento de pensamientos inadecuados, automáticos e irracionales para afrontarlos desarrollando respuestas eficaces.
- Demora de la satisfacción inmediata.

- Adquisición y desarrollo de capacidades que permitan la planificación de tareas.
- Adquisición de hábitos prelaborales.
- Aceptación de normas, horarios, obligaciones, llegar a acuerdos y aceptar consecuencias positivas y negativas.
- Regularización y adecuado seguimiento de su situación sanitaria.
- No - existencia de conductas de riesgo.
- Adecuada ocupación del tiempo libre.

ALTA TERAPÉUTICA CON OBJETIVOS TOTALMENTE CUMPLIDOS

Para dar este tipo de alta además de cumplir los objetivos de nivel 3, los objetivos mínimos para dar alta terapéutica en P.M.M., deberá cumplir los siguientes deseables.

- Mantenimiento de abstinencia en un periodo de 3 meses a otros tipos de sustancias.
- Abstinencia a alcohol o consumo moderado del mismo, cuando esta sustancia haya sido valorada como droga potencialmente provocadora de recaída o deseo de consumo de otras sustancias.
- Abstinencia durante un periodo mínimo de tres meses a cannabis cuando esta droga sea considerada como droga principal o que, potencialmente, pueda estar asociada a riesgo de recaída.
- Mantenimiento de un estilo de vida alternativo al consumo de drogas.
- Adecuada percepción de riesgo asociados a consumo o recaídas.
- No existen conductas que correspondan a un estilo de vida consumidor.
- Detección de señales internas y externas que puedan provocar la respuesta de consumo.
- Aprendizaje de los antecedentes y consecuentes que puedan llevarle a mantener una conducta de consumo.
- Presencia de estrategias que permitan cortar la cadena de consumo.
- Haber adquirido estrategias de asertividad.
- Identificar y practicar respuestas de afrontamiento adecuadas a las distintas situaciones asociadas al consumo.

- Modificación de actitudes de la familia ante otras drogas.
- Manifestar una actitud positiva ante personas y grupos no vinculados a drogas.
- Mejora de relaciones de pareja.
- Modificación y normalización de las relaciones familiares.
- Incremento en la capacidad de comunicación y relación del sujeto con su entorno.
- Aprender a iniciar y mantener relaciones afectivas adecuadas.
- Mínima relación con personas consumidoras que puedan entrañar un riesgo para la abstinencia.
- Mayor autocontrol y correcto manejo del estrés.
- Aprendizaje de autoobservación para detección de señales de riesgo.
- Aumento de autoestima.
- Adquisición de adecuada capacidad de planificación.
- Adecuada resolución de problemas.
- Fomento de la responsabilidad.
- Adecuada administración de dinero.
- Recuperación de las capacidades cognitivas deterioradas que dificultan la incorporación al ámbito formativo-laboral.
- Orientación y formación de cara a la inserción laboral.
- Adquisición de hábitos necesarios para el estudio.
- Disposición de los medios económicos necesarios para poder desarrollar una vida normalizada.
- Lograr que el paciente y su familia acepten la salud como un valor fundamental por medio de la adquisición de hábitos saludables así como la modificación de los no saludables.
- Ocupación adecuada del tiempo de ocio.