

**ORGANIZACION,
FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION
DE CENTROS DE SALUD MENTAL
ATENCION A DROCODEPENDENCIAS**

Edita: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
C/. Ronda de Levante, 11
Telf. 36 26 71
30008 Murcia

I.S.B.N.: 84-87686-61-3

Depósito Legal: MU-887-1995

Diseño de portada: Lola Gómez Medina

Composición: CompoRapid

Imprime: Imprenta Regional

ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y EVALUACION DE CENTROS DE SALUD MENTAL ATENCION A DROGODEPENDENCIAS

GRUPO DE EXPERTOS:

Coordinador:

Julián Oñate Gómez

Jefe de Sección de Drogodependencias

Componentes:

Pilar Caballero Martínez

Psicóloga clínica Centro de Salud Mental de Cartagena

Jose María García Basterrechea

Médico Internista. Hospital General Universitario de Murcia

Ascensión Garriga Puerto

Psicóloga clínica Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia

Juan Jiménez Roset

Médico Centro de Salud Mental de Cartagena

Jose Luis Jodar Mata

Enfermero. Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia

Isabel López Martínez

Psicóloga clínica. Comisionado para la Droga

M^a José Valcárcel Arroyo

Trabajadora Social. Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia

Consuelo Puerta Ortuño

Psicóloga clínica. Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia

Catherine Seiquer de la Peña

Médico. Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia

INDICE

1. INTRODUCCION	7
2. OBJETIVOS	9
3. MARCO TEORICO: Principios básicos	11
4. UNIDAD DE ATENCION A DROGODEPENDENCIAS	13
4.1. Características, estructura funcional, distribución de espacios y relación de dependencias	13
5. EL EQUIPO DE DROGODEPENDENCIAS	15
5.1. Organización	15
5.2. Composición y funciones	17
5.3. Funcionamiento	21
6. SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES: Oferta de Servicios	25
6.1. Intervención multidisciplinar de valoración	25
6.2. Derivación a recursos de tercer nivel	29
6.3. Intervención médica	32
6.4. Intervención psicológica: Tratamiento psicológico	37
6.5. Intervención de Enfermería	42
6.6. Intervención social	43
7. FORMACION	47
8. INVESTIGACION	51
9. DOCENCIA	55
10. COORDINACION	57
11. EVALUACION	59
12. BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	71

1. INTRODUCCION

El abordaje de las drogodependencias ha tenido con el tiempo, importantes transformaciones, habiéndose ordenado, en un primer lugar, asentado después y enriquecido científicamente en último término.

La definición del Programa de Drogodependencias, como un programa específico de Salud Mental, lo enmarca claramente, confiriéndole unos límites específicos. Sin embargo, este programa presenta peculiaridades suficientemente importantes, como para justificar su existencia como tal.

La equiparación y homologación de las metodologías empleadas en los distintos Centros y Unidades de Atención a Drogodependencias de la Región, debe ser ya una realidad.

Aspiramos, a través de este trabajo, a la definición de un programa asistencial con una metodología uniforme, validada científicamente y evaluable en términos objetivos.

2. OBJETIVOS

1. Definir el marco teórico en el que se ubican y actúan los Centros y Unidades de Atención a Drogodependencias.
2. Definir las características y necesidades propias, que configuran una Unidad de Atención a Drogodependencias en su composición, organización y funcionamiento.
3. Delimitar y describir la oferta de servicios que debe tener una U.A.D.
4. Establecer las relaciones con otros Equipos, Instituciones u organizaciones Colaboradoras.

3. MARCO TEORICO: PRINCIPIOS BASICOS

El Centro/Unidad de Atención a Drogodependencias (CAD/UAD), se considera integrado en la Red de Salud Mental y, por tanto, en la redes generales sanitarias y sociales. Se responsabiliza de la atención de los pacientes de su área de referencia.

El CAD/UAD, constituye el eje de la asistencia, en torno al cual se organiza el resto de dispositivos asistenciales.

El tratamiento en régimen ambulatorio será considerado como modelo de referencia. Los tratamientos en régimen de internamiento, se harán por indicación de las UAD.

Los CAD/UAD acogen equipos multiprofesionales.

El tratamiento tiene las características de voluntariedad y confidencialidad.

La prestación de servicios desde los CAD/UAD se efectuará con criterios de accesibilidad, agilidad, continuidad y eficacia, procurando la diversidad de la oferta terapéutica.

Se tenderá a la consecución de una metodología común en la atención, utilizando métodos terapéuticos validados científicamente y evaluable mediante indicadores fiables.

Se procurará la participación de la familia en el tratamiento.

Las UAD, quedarán configuradas como unidades especializadas de segundo nivel, dentro del siguiente esquema asistencial.

PRIMER NIVEL	Atención Primaria de Salud Centros de Servicios Sociales Servicios Médicos de Empresa ONGs y Asociaciones de auto ayuda
SEGUNDO NIVEL	Centros y Unidades de Atención a Drogodependencias
TERCER NIVEL	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria Comunidades Terapéuticas Centros de Día

4. UNIDAD DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS (U.A.D./C.A.D)

4.1. Características, estructura funcional distribución de espacios y relación de dependencias

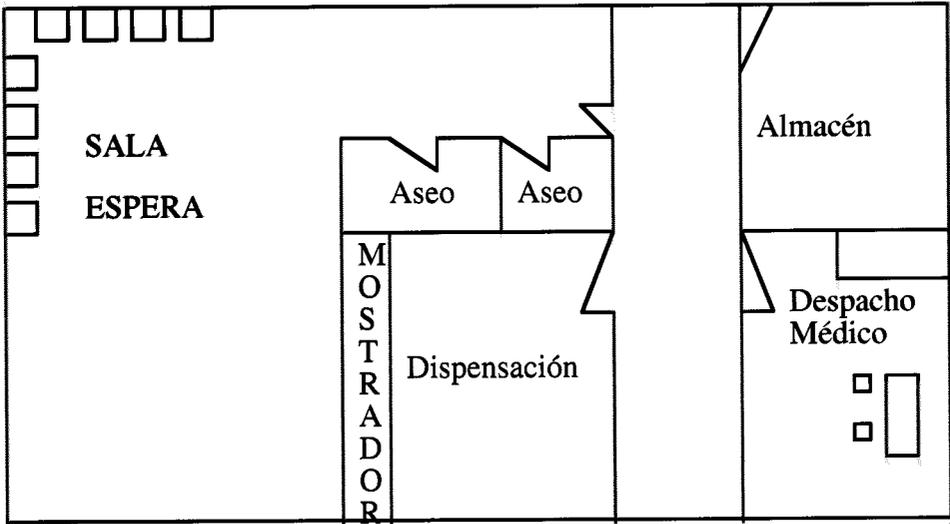
Es el lugar, donde el Equipo de Atención a Drogodependencias desarrolla la mayoría de sus funciones y, donde la población acude a consultar sus necesidades y problemas sobre su abuso y dependencia de sustancias psicotropas, debe ser un espacio completamente adecuado a las funciones para las que ha sido creado.

Respecto a la distribución de espacios, medidas mínimas y estructura funcional, se atenderá a lo descrito en la Guía para la Organización, Funcionamiento y Evaluación de Centros de Salud Mental.

Observaciones

Los CAD/UAD, dispondrán de lugares adecuados para la administración de opiáceos (metadona), que cumplan los requisitos como Centro dispensador:

- Habitación para dispensación con separación del público mediante mostrados, a ser posible con entrada independiente desde la calle.
- Sala de espera.
- Desacho de atención médica.
- Aseos masculino y femenino distintos de personal con espejos unidireccionales y convexos para la adecuada recogida de orina para control toxicológico.
- Medidas de seguridad:
 - Personal de seguridad durante el horario de dispensación.
 - Almacén con puerta de seguridad.

Esquema tipo de una Unidad de dispensación

5. EL EQUIPO DE DROGODEPENDENCIAS

5.1. Organización

RESPECTO A LA SITUACION DE UAD/CAD EN EL SISTEMA SANITARIO

El equipo de la UAD

- Se organiza en torno al Area de Salud, pudiendo haber más de una Unidad si el área tiene un elevado número de habitantes.
- Se sitúa en el nivel especializado, "como programa específico asistencial de Salud Mental", referido a unos Centros de Atención Primaria y, o Médicos de Cabecera, de quienes recibe los pacientes y, que conforman fundamentalmente la puerta de entrada de la demanda asistencial del Equipo.
- Actúa sobre una población determinada, cuya accesibilidad, deberá estar claramente definida y garantizada.
- Tendrá de referencia un Centro Hospitalario, donde atenderá las necesidades de hospitalización de su área geográfica de acción.
- Tendrá también unos dispositivos de rehabilitación, que proporcionen a los enfermos de su área, programas y acciones de rehabilitación y reinserción social (C.T., Centros de Día, etc.).

RESPECTO A SU ADMINISTRACION Y GESTION

- Los Equipos de Drogodependencias están integrados en el Servicio Murciano de Salud y tendrá dependencia jerárquica de la administración competente.
- Respecto a su organización asistencial, sectorización, tipo de trabajo y modelos a aplicar, seguirán las directrices del Plan Autonómico sobre Drogas y otros documentos de desarrollo (mapas sanitarios, sectorización hospitalaria, etc.), que la Consejería de Sanidad, cumpliendo sus competencias, disponga.
- Las UAD, integradas en la red de Salud Mental, dependerán ierarquicamente del Jefe de Area o Gerente de Atención Especializada según se disponga en la futura organización del S.M.S.

INTERNAMENTE

En los Centros de Atención a Drogodependencias, no incluidos físicamente en un Equipo de Salud mental, se nombrará un/a Director/a o Coordinador/a, reconocido administrativa y presupuestariamente, con categoría administrativa superior al resto de profesionales del equipo, contemplado en el organigrama del Servicio Murciano de Salud.

Este Director, será nombrado por el Jefe de Area o Gerente según la administración competente, de entre los titulados superiores del CAD.

Serán funciones y responsabilidad del Director/Coordinador las siguientes:

- Asumir la gestión económica de los recursos asignados al centro.
- Garantizar la programación, organización y coordinación de las actividades del equipo, mediante la participación de sus miembros y la adecuada utilización de los recursos humanos y materiales que estarán dentro de su competencia.
- Asegurar la adecuada relación y coordinación del centro con otros servicios e instituciones del territorio asignado.
- Garantizar el proceso de evaluación periódica de las actividades realizadas.
- Garantizar que los programas de actividades del equipo se desarrollen, ateniéndose a los planes generales establecidos por la Consejería de Sanidad.
- Facilitar y promover las actividades de formación e investigación que se programen.
- Informar al Equipo de todas aquellas actividades en las que ejerza la representación del mismo.
- Asumir la jefatura de personal del equipo

Observaciones

En las Unidades de Atención a Drogodependencias incluidas en un Centro de Salud Mental, podrán nombrarse Coordinadores de Unidad, con la categoría administrativa que corresponda, que dependerán del Coordinador o Director del Centro de Salud Mental

5.2. Composición y Funciones

Composición

La UAD es el dispositivo comunitario especializado, formado por un equipo multidisciplinar que tiene como tarea atender a la población con problemas de abuso y dependencia de sustancias psicotropas (CIE-10).

Los profesionales que compondrán las UAD serán:

- Médicos
- Psicólogos clínicos
- Enfermeros
- Trabajadores sociales
- Auxiliares administrativos y/o de enfermería

Estas disciplinas estarán presentes y distribuidas en los Equipos, según las necesidades de sus programas y áreas de acción.

Otros profesionales podrán estar presentes en aquellos servicios o programas que específicamente necesiten de sus funciones, (psiquiatras, monitores, terapeutas ocupacionales, etc.).

El número de profesionales por habitante será:

- 1 médico por cada 100.000 habitantes o fracción.
- 1 psicólogo por cada 70.000 habitantes o fracción.
- 1 enfermero por cada 100.000 habitantes o fracción.
- 1 trabajador social por cada 200.000 habitantes o fracción.

Funciones

Las funciones del Equipo Multidisciplinar, se agruparán en cuatro áreas fundamentales:

- Asistenciales
- Promoción, Prevención y reinserción
- Formación, investigación y docencia.
- Coordinación

Dichas funciones serán desarrolladas dentro del marco en el que se contemplan las Drogodependencias como un Programa Específico de Salud Mental.

Se realizarán según las normas éticas y deontológicas que garanticen los derechos de la persona, así como la confidencialidad de la información.

FUNCIONES ASISTENCIALES

- Atención especializada a los pacientes remitidos del nivel primario, desarrollando y aplicando programas generales y específicos.
- Indicación y derivación de ingreso de pacientes del Area, en la unidad de hospitalización correspondiente, comunidades terapéuticas y otros dispositivos especializados.
- Continuidad del tratamiento de los pacientes dados de alta en dichas unidades y dispositivos.
- Prestación de apoyo a las urgencias e intervención en crisis.
- Colaboración, en la medida de lo posible, trascendiendo objetivos exclusivamente terapéuticos, en la resolución de problemas de interés general, como marginación social, seguridad ciudadana, agilización del funcionamiento de la justicia, reinserción de población penitenciaria, siniestrabilidad laboral, etc.(Plan Autonómico sobre Drogas, pag 86, párrafo 2º).

FUNCIONES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y REINSECCIÓN

- Colaborar en el diseño y realización de programas de prevención, promoción y reinserción específicos de drogodependencias, con los E.A.P, Servicios Sociales de base, educación para la salud, etc.

FUNCIONES DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

- Participar en los programas de docencia pre y post-graduada, así como en la investigación en temas relacionados con las drogodependencias.

FUNCIONES DE COORDINACIÓN

- Apoyo y asesoramiento a los E.A.P de su Area de actuación, a través de la elaboración, ejecución y evaluación conjunta de programas y protocolos comunes, así como interconsultas profesionales.
- Actividades docentes y de supervisión.
- Coordinación con las Unidades de Hospitalización, de Rehabilitación y otros dispositivos de referencia.
- Apoyo asesoramiento y cooperación con otras unidades asistenciales, sociales, educativas, judiciales, etc.
- Participar en los órganos de representación, para los que haya sido designado cada miembro del equipo.

Funciones de los profesionales

MEDICO

- Atención especializada al sector de población que le corresponda, en régimen ambulatorio.
- Indicación de hospitalizaciones y derivaciones de pacientes a otros especialistas y otros centros.
- Participación en interconsultas y sesiones clínicas de los EAP.
- Intervención en las actividades de rehabilitación, prevención y promoción de la Salud Mental y en específico de las drogodependencias.
- Cumplimentación de los protocolos diagnóstico-terapéuticos establecidos por el equipo.
- Colaboración en las actividades de formación pre y post-graduada, continuada y de investigación, establecida en el centro.
- Colaborar en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memoria, etc.

PSICOLOGO CLINICO

- Atención especializada al sector de la población que le corresponda, en régimen ambulatorio.
- Derivación de pacientes a otros especialistas o Centros.
- Participación en interconsultas y sesiones clínicas con los EAP.
- Intervención en las actividades de rehabilitación, prevención y promoción de la salud mental y en específico de las toxicomanías.
- Cumplimentación de los protocolos diagnóstico-terapéuticos establecidos por el equipo.
- Colaboración en las actividades de formación pre y postgraduada continuada y de investigación, establecidas en el centro.
- Colaborar en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memoria, etc.

ENFERMERO/A

- Prestar cuidados de enfermería en Salud Mental-Drogodependencias a la población que corresponda en régimen ambulatorio.
- Educación para la salud, al paciente y familiares, en relación con la prestación de cuidados.
- Interconsulta - Coordinación con la Enfermería de los niveles primario y terciario para el seguimiento individualizado de casos.
- Establecer el primer contacto con el usuario a través de la elaboración de la historia de acogida, valorando la urgencia de la demanda.
- Colaborar en el control y seguimiento de los pacientes que son atendidos en el centro.

- Realizar las visitas domiciliarias que sean indicadas en el tratamiento del paciente.
- Administrar tratamientos farmacológicos y colaborar en su preparación.
- Participar y colaborar en los distintos programas que se realicen en el centro.
- Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los Equipos de Atención Primaria y en los programas de prevención y promoción de la Salud Mental - Drogodependencias.
- Colaborar en actividades de formación de enfermería en pre y postgrado continuada y de investigación, establecidos en el centro.
- Colaborar en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memoria anual, etc.

TRABAJADOR SOCIAL

- Atención social al sector de población que le sea asignado en régimen ambulatorio.
- Realización de la historia social del paciente utilizando aquellas técnicas que sean necesarias para comprobar la información que se deba obtener.
- Colaboración y coordinación con los servicios sociales municipales, entidades, asociaciones y en general todos aquellos colectivos sociales que puedan intervenir en el proceso de rehabilitación, reinserción del paciente.
- Intervención en las actividades de rehabilitación, prevención y promoción de la salud.
- Efectuar los trámites de derivación a los dispositivos de atención social y a los especializados de la red de drogodependencias:
 - Comunidades Terapéuticas
 - Centros de Día
- Colaborar en las actividades de formación pre y postgraduada, continuada y de investigación establecidos por el centro.
- Colaborar en la elaboración de memoria, estadísticas y otros a fin de evaluar la actividad asistencial.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Información a usuarios, recepción y admisión y atención al teléfono.
- Control de citas y consultas.
- Cumplimentar las fichas y datos administrativos del paciente.
- Llevar el libro de registro.
- Preparar, cumplimentar la recogida y remisión de la información estadística.
- Tramitar las distintas situaciones administrativas del personal del centro.
- Realizar las actividades de secretaría del centro
- Garantizar y controlar el suministro de material.
- Colaborar en la gestión económica y contable del centro.
- Aquellas otras tareas administrativas que pueda darle el coordinador del centro.
- Recogida de muestras biológicas para análisis toxicológico

5.3. Funcionamiento

Vías de entrada a las UAD/CAD

Normalización de la entrada a los/as UAD/CAD de los pacientes derivados desde la Atención Primaria, según protocolo de programa mostrador.

Se compatibilizará la derivación de atención primaria con la libre iniciativa el tiempo mínimo para permitir la normalización de este sistema de acceso.

Reinicio:

- Transcurridos seis meses desde la última cita no cumplimentada por el paciente, sin justificación, o desde su alta, la entrada en el C.A.D. deberá hacerse nuevamente desde Atención Primaria.

Unidades de recepción y acogida

Consta de:

1. Recepcion Administrativa
2. Acogida:
 - a) Elaboración de Historia de Acogida
 - b) Interconsulta
 - c) Respuesta terapéutica inicial.

1. RECEPCION ADMINISTRATIVA

La realizará el personal Auxiliar, el cual:

- Recogerá los datos de filiación de los pacientes derivados de Atención Primaria
- Organizará su entrada en la Unidad de Atención a Drogodependencias, según los cauces establecidos por los servicios sanitarios y el propio equipo. Dará información sobre la misma a pacientes y familiares que lo soliciten.
- Utilizará la información escrita sobre la organización y uso de los centros de atención a drogodependencias (folletos informativos).

2. ACOGIDA

Definición: Es la intervención que se realiza sobre la demanda, la primera vez que los pacientes acuden al C.A.D/UAD

La unidad de acogida supone la puerta de entrada al nivel de atención especializada para el abordaje de los problemas relacionados con las drogodependencias.

Constará de tres momentos diferenciados:

- A. Complimentación de Historia de Acogida (anexo 1): tiene como objetivos los siguientes
 - Recabar la información necesaria para la toma de decisiones.
 - Estructurar y filtrar la demanda recibida desde la A P
 - Informar a los pacientes y familiares sobre los programas terapéuticos e intervenciones del equipo .

- B. Interconsultas: Será un momento posterior a la elaboración de la Historia de Acogida, donde se realizará una formulación del problema (impresión diagnóstica) y una indicación terapéutica (respuesta terapéutica inicial). La llevará a cabo el personal sanitario del Centro, apoyado por el resto de los profesionales.

Las acogidas e interconsultas ocuparán un tiempo definido de los profesionales del equipo, organizándose según criterio de mayor operatividad, dependiendo de las características de cada uno de los centros (por turnos, espacios fijos o bien por intervenciones presenciales).

- C. Respuesta terapéutica inicial: será la actividad asistencial mínima e inicial, realizada por profesionales de la unidad; pudiendo ser:
 1. Intervención de derivación.
 2. Intervención de orientación.
 3. Intervención farmacológica

1. Intervención de derivación

Cuando el paciente no es susceptible de tratamiento en las UAD y se considera oportuno la derivación a otro recurso socio-sanitario, se elaborará el informe pertinente, con las indicaciones precisas.

Protocolo de respuesta terapéutica inicial de derivación.

- a) Intoxicación aguda de cualquier sustancia F1x.0 (CIE 10), en cualquiera de los casos descritos, se le derivará a Atención Primaria o a los Servicios de Urgencias según la gravedad del paciente.
- b) Síndrome de abstinencia con convulsiones (F1 x 31) derivación a Hospital.
- c) Síndrome de abstinencia con delirium, con o sin convulsiones: F1x.41 ó F1x.40: derivación a Hospital

- d) F1x.7: Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío, inducido por alcohol y otras sustancias psicotropas, serán derivados a Salud Mental:
- Trastorno de la personalidad o del comportamiento F1x.71.
 - Trastorno afectivo residual, F1x.72.
 - Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas F1x.73.
 - Otro deterioro cognoscitivo, persistente F1x.74.
 - Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, F1x.75.

2. Intervención de orientación

En todos los casos en los que no se requiere respuesta farmacológica inicial, se dará cita para evaluación; así mismo se dará al paciente y a sus familiares la máxima información del proceso terapéutico y del funcionamiento del **centro**.

Protocolo de respuesta terapéutica inicial de orientación:

- a) F1x.20: Síndrome de dependencia, en la actualidad en abstinencia
- b) F1x.22: Síndrome de dependencia en la actualidad en régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisada (parches de nicotina, metadona, etc.).
- c) F1x.23: Síndrome de dependencia en la actualidad en abstinencia, con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (disulfiran, naltrexona, etc.).
- d) Síndrome amnésico F1x.6.
- e) Otros trastornos mentales o del comportamiento, no incluido en otros anteriormente descritos F1x.8 y F1x.9

3. Intervención farmacológica

Consiste en instaurar tratamiento farmacológico, con carácter temporal, previo a la valoración diagnóstica multiprofesional. Esta intervención se realizara utilizando como base la terapéutica la psicofarmacología y la llevará a cabo el personal sanitario de la UAD.

Objetivos

- Dar respuesta inmediata (en ese mismo día) a las necesidades clínicas del paciente.
- Aplicar las terapéuticas biológicas descritas para los drogodependientes

- Mantener el seguimiento y control de la medicación.
- Estimular un cambio de actitud hacia los tratamientos farmacológicos, por parte del paciente y familiares, a través de la información dada respecto a la medicación que va a tomar, sus efectos secundarios esperados, las conductas a seguir ante los mismos, contraindicaciones, etc.

PROTOCOLO DE INTERVENCION PSICOFARMACOLOGICA INICIAL

- a) Consumo perjudicial de cualquier sustancia: F1x.1_: Forma de consumo que afecta a la salud física o mental.
- b) Síndrome de dependencia con consumo actual de la sustancia Fx.24
En los siguientes supuestos:
Consumo continuo: F1x.25.
Consumo episódico: Flx.26.
- c) F1x.30: Síndrome de abstinencia no complicado
- d) F1x.5: Trastorno psicótico que se presente acompañado al consumo de una sustancia, o inmediatamente después del mismo:
 - Esquizofreniforme Fx.50.
 - Con predominio de ideas delirantes F1x.51
 - Con predominio de alucinaciones F1x.52.
 - Con predominio de síntomas polimorfos Flx.53.
 - Con predominio de síntomas depresivos F1x.54
 - Con predominio de síntomas maníacos F1x.56
 - Trastorno psicótico mixto F1x.56

6. SERVICIOS ASISTENCIALES GENERALES / OFERTA DE SERVICIOS

Los definimos como las actividades asistenciales "mínimas" e igualitarias para cualquier centro o unidad de atención a drogodependencias, derivadas del ejercicio natural de los profesionales que integran los equipos y unidades.

6.1. Intervención multidisciplinar de valoración

La primera intervención asistencial será multidisciplinar y se llevará a cabo después de la acogida.

Objetivos de la valoración

Dicha fase tiene como objetivo:

1. Diagnóstico
2. Establecer las líneas terapéuticas a seguir
3. Decidir la continuidad o modificación de la intervención iniciada en la fase de acogida.

Definición de Valoración

Tras la acogida, el paciente se asignará a los distintos profesionales y pasará a una fase de valoración médica y psicológica. Las unidades de apoyo de trabajo social y enfermería, ofertarán para los casos que lo precisen por sus déficits biopsicosociales una evaluación de los mismos y un plan de intervención.

Esta fase se realizará en un tiempo máximo de dos meses. Se establece la obligatoriedad de dicha valoración, para todo tipo de paciente que acuda por primera vez al centro y a todo aquel que solicite tratamiento y no la haya hecho con anterioridad

Valoración eje	Médica	Valoración Complementaria	Enfermería
	Psicológica		Social

En el caso de que el paciente no asista a las entrevistas de valoración (médica y/o psicológica), se iniciará descenso o retirada de la medicación provisional, indicada en la unidad de acogida, tal como se le informó en su momento al paciente; siendo derivado a otros dispositivos si procede (Atención Primaria otros especialistas o recursos sanitarios y en su caso tratamientos de baja exigencia).

Valoración Médica

Definición

La valoración médica es aquella que tendrá por objetivo detectar trastornos de tipo orgánico mediante la realización de la Historia Clínica (que incluirá la historia toxicológica y pruebas complementarias que ayudarán a definir o a especificar la impresión diagnóstica previa).

Objetivos

- Dar respuesta especializada a los problemas asociados al consumo de sustancias tóxicas.
- Derivar a recursos idóneos la patología detectada si fuera oportuno.
- Adecuar junto con el resto del equipo el Plan terapéutico individual a las necesidades biológicas del paciente.

Instrumentos

Historia Clínica (anexo 2), que constará de:

1. Entrevista médica.
2. Exploración física.
3. Analíticas toxicológicas.
4. Pruebas complementarias

Valoración Psicológica

Definición

Es un proceso de estudio y análisis de cualquiera de las variables conductuales, cognitivas, emocionales y ambientales que integran a un individuo, a través de entrevista y/o pruebas psicológicas con fines de psicodiagnóstico, pronóstico, orientación terapéutica y en su caso, investigación.

La valoración, psicológica constará de dos entrevistas, pudiendo ampliarse el número de sesiones, dependiendo del objetivo de dicha evaluación y de la metodología aplicada.

Para la recogida de información se recurrirá a modelos de entrevistas (anexo 3) y pruebas psicológicas diagnósticas, en función de las características de la persona evaluada y del objetivo de la evaluación.

Objetivos

- Responder a la necesidad del conocimiento de la situación de los pacientes.
- Hacer diagnóstico diferencial de las distintas entidades clínicas.
- Indicar las terapéuticas adecuadas de acuerdo al diagnóstico clínicas.
- Establecer un pronóstico
- Continuar o modificar el tratamiento iniciado en la acogida.
- Propiciar información a pacientes y familiares sobre la situación clínica del enfermo.
- Propiciar la información a otras instituciones que lo requieran, de acuerdo con los cauces establecidos.

Instrumentos

- La entrevista, en todas sus modalidades.
- Pruebas psicométricas y estandarizadas (escalas y cuestionarios).
- Pruebas proyectivas.
- Pruebas neuropsicológicas de deterioro cognitivo, etc

Valoración de enfermería

Es la fase inicial del proceso de atención de enfermería e intenta conocer la realidad del paciente y su contexto socio-familiar. Permite identificar los problemas prevalentes, las necesidades potenciales e identificar el nivel de bienestar del sujeto en determinadas áreas.

Instrumentos

- Directos: Entrevista (anexo 4)
Observación
- Indirectos: H^o Clínica
Expedientes
Pruebas complementarias

Valoración social

Definición

Consiste en conocer la situación personal y del entorno del usuario, así como de la demanda, que este expresa, para poder elaborar un diagnóstico social, sobre el que fundamentar un plan de acción, que permita resolver o modificar la problemática detectada.

Objetivos

- Posibilitar la elaboración del diagnóstico y del Plan de entorno social.
- Determinar las carencias sociales que dificultan el proceso de rehabilitación-reinserción.
- Determinar la idoneidad o cumplimiento de requisitos para la aplicación de los distintos recursos sociales.
- Colaborar en el diseño del Plan de Rehabilitación y Reinserción del paciente en los aspectos que conciernen al Trabajador social.
- Posibilitar la elaboración de los informes de seguimiento, coordinación y derivación para el acceso a los recursos sociales.

Instrumentos

- Entrevista (anexo 5)
 - Personal
 - Familiar
 - Con otros profesionales o personas relacionadas con el caso.
- Observación sistemática.
- Visitas familiares.
- Documentación laboral, judicial, económica, civil, etc.
- Cuestionario de D. Social, Aficiones, Intereses, etc.

Conclusión

Tras las valoraciones parciales, en los dos ejes centrales: Psicológico y Médico y en los dos de apoyo: Social y Enfermería, se llegará a un diagnóstico global, según la clasificación del CIE-10; a partir del cual se establecerán las líneas de intervención terapéutica individualizadas (anexo 6).

6.2. Derivación a recursos de tercer nivel

Tras la valoración y diagnóstico, se procederá a una primera indicación del marco terapéutico general en que se iniciará el tratamiento.

Por definición todo aquel paciente que no presente patologías o circunstancias especiales, es tributario de tratamiento en régimen ambulatorio dado que es la modalidad que permite atender un mayor número de pacientes con una mayor cantidad de recursos terapéuticos, posibilitando a su vez la permanencia del paciente en su entorno habitual, lo que favorece la temprana iniciación del proceso de inserción.

No obstante, en determinadas circunstancias se hace necesario el empleo temporal de recursos terapéuticos de tercer nivel que por su mayor capacidad de contención, intensidad en la aplicación de terapias y cuidados o nivel de especialización, cubren un apartado importante en el tratamiento de las drogodependencias.

Fundamentalmente son tres recursos de tercer nivel:

- Unidad Hospitalaria
- Centro de Día
- Comunidad Terapéutica

A continuación se describen los criterios de derivación y/o condiciones de ingreso en estos dispositivos.

UNIDAD DE DESINTOXICACION HOSPITALARIA

Programa de desintoxicación en régimen de hospitalización en espacio físico restringido, bajo la dirección de especialista en Medicina Interna.

Criterios de ingreso en la Unidad de Desintoxicación

- Edad mínima 14 años
- Ingreso voluntario
- Ingreso programado. Se desaconseja formalmente el ingreso de pacientes no programados a través del área de urgencias o derivados de entornos hospitalarios u otras instituciones no coordinadas.

- Incorporación a un programa de deshabituación, antes de realizar el ingreso, que ofrezca las garantías necesarias para después de la desintoxicación. En ocasiones aisladas se aceptará el ingreso, en pacientes que requieran desintoxicación urgente, aún cuando no continúen después tratamiento ambulatorio.
- Haber realizado previamente algún tratamiento de desintoxicación ambulatoria, salvo:
 - Existencia de politoxicomanía.
 - Consumo de altas dosis, que dificulte el tratamiento
 - Falta de soporte familiar o social
 - Fase previa al inicio del tratamiento con antagonistas (Naltrexona).
 - Síndrome de abstinencia en gestantes
 - Falta de soporte social (degradación social)
 - Fracaso en modalidades anteriores de desintoxicación
- Ausencia de psicopatología grave
- Ausencia de patología orgánica grave
- Capacidad de adaptación al régimen de funcionamiento hospitalario
- Aceptación y firma del contrato terapéutico

Observaciones

La Unidad de Desintoxicación es con frecuencia el último recurso para el toxicómano, lo cual implica al ser este un hospital público, que debemos asumir ocasionalmente pacientes que en un principio no serían aceptables según los protocolos.

Los pacientes con patología psíquica y/o orgánica grave y que deseen una desintoxicación serán ingresados en plantas de psiquiatría o de medicina interna etc...

En particular, requieren ingreso los pacientes con:

- Sobredosis graves
- Hepatitis vírica aguda
- Endocarditis
- SIDA
- Alteración neurológica
- Adomen agudo
- Pérdida de visión
- Síndrome de abstinencia alcohólico presente en el momento de iniciar el tratamiento
- Síndrome de abstinencia a benzodiazepinas
- Dependencia alcohólica grave

COMUNIDAD TERAPEUTICA

Programa en régimen de internamiento, con atención profesionalizada y programa terapéutico homologado por el Plan Autonómico sobre Drogas.

Criterios de derivación a Comunidad Terapéutica

1. Drogodependientes con un modo de vida totalmente afectado por el consumo de drogas, en los que es aconsejable su separación temporal de su medio social habitual.
2. Con graves déficits en su comportamiento, vida personal y social
3. Que carecen de un mínimo soporte sociofamiliar para desarrollar otros tipos de intervención, o que, contando con él, éste pueda ejercer una influencia negativa en el proceso rehabilitador.
4. Con fracasos previos en otras modalidades de tratamiento.

La convivencia de derivación de un sujeto a comunidad terapéutica debe, no obstante, analizarse valorando las siguientes variables:

- Aspectos relacionados con el consumo (fecha de inicio del consumo, tipo de drogas, periodos de abstinencia, etc...)
- Aspectos relacionados con los tratamientos previos realizados (número y tipo de estos, institución donde se desarrollaron).
- Situación biopsicosocial (grado de deterioro orgánico, intelectual, afectivo, familiar y social, grado de autocontrol, grado de socialización, tipo de convivencia, nivel de formación, situación laboral, grupo relacional, etc...)
- Situación familiar (antecedentes familiares de drogodependencias, actitudes y aptitudes de la familia hacia la intervención, etc...)
- Situación jurídico-legal (incidencias legales, causas pendientes que pudieran interrumpir el tratamiento, etc...)
- Los criterios de derivación indicados deben ser interpretados de manera que, siempre que sea posible la consecución de determinados objetivos desde los dispositivos de segundo nivel, se deberá evitar la derivación

CENTRO DE DIA

Programa en régimen ambulatorio con intervención terapéutica intensiva, atención profesionalizada y programa terapéutico homologado por el Plan Autonómico sobre Drogas.

Criterios de derivación a Centro de Día

1. Pacientes que precisan una intervención terapéutica intensa no siendo precisa su separación total del medio social.
2. Pacientes con un nivel de autocontrol suficiente para asegurar su asistencia continuada al centro.
3. Con un soporte familiar capaz de asegurar un mínimo control externo sobre el drogodependiente y de mantener contacto con los técnicos responsables del caso.

6.3. Intervención médica

Definición

La intervención médica consiste en establecer el tratamiento médico más adecuado en base a los diagnósticos establecidos según criterios CIE-10 para el consumo de sustancias así como de la patología asociada al mismo.

Objetivos

- Establecer el diagnóstico definitivo relativo al consumo de sustancias y patología asociada.
- Suprimir el consumo de drogas por el paciente a través de la desintoxicación o tratamiento sustitutivo.
- Mejorar el estado del paciente mediante el tratamiento de la patología asociada al consumo.
- Mejorar el estado general del paciente en programas de baja exigencia mediante técnicas de reducción del daño.
- Mantener el seguimiento y control de la medicación.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y estimular un cambio de actitudes hacia el mismo por parte de los pacientes y familiares.
- Evitar la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas a través de educación sanitaria a pacientes y familiares.

Instrumentos

- Entrevista médica
- Exploración física
- Estudios y pruebas complementarios
- Analíticas toxicológicas
- Medicación específica
- Materiales específicos para reducción del daño
- Educación sanitaria

Tratamientos médicos generales

TRATAMIENTO DE DESINTOXICACION

Los tratamientos de desintoxicación son todos aquellos procesos terapéuticos encaminados a posibilitar que una persona consumidora de una o varias sustancias pueda llegar a prescindir de su consumo, buscando suprimir o atenuar al máximo la sintomatología del síndrome de abstinencia a las distintas sustancias.

Existen diferentes regímenes de desintoxicación: ambulatorios, domiciliario y hospitalario. Se optará, preferentemente por las desintoxicaciones en régimen ambulatorio o domiciliario, por la mayor implicación del paciente, familia y entorno, y la posibilidad de hacerla extensiva a mayor número de pacientes.

La frecuencia máxima de las desintoxicaciones por paciente será entre cuatro y ocho anuales, con un periodo mínimo entre cada una de ellas de un mes y medio, todo ello salvo criterio médico en contra y teniendo en cuenta la situación psicológica y social del paciente en cada momento.

TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO

Son todos aquellos tratamientos farmacológicos cuya duración se prolonga por un periodo mayor de dos meses, siendo los más característicos los tratamientos de dependencia a opiáceos con agonistas (metadona) y con antagonistas (naltexona).

TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA ASOCIADA

Se establecerá el tratamiento de la patología asociada al consumo en un primer momento procurando que el mantenimiento del mismo sea llevado a cabo por los médicos generales y especialistas de las redes sanitarias generales.

Tratamientos médicos específicos (programas)

A) TRATAMIENTO CON AGONISTAS

Programa de mantenimiento con metadona (PMM)

Objetivos de los P.M.M.

- Reducir y/o suprimir el consumo de opiáceos ilegales.
- Evitar patología orgánica y sobredosis al administrarse por vía oral y a dosis controladas.
- Evitar el efecto euforizante en caso de administración de heroína, en base a la tolerancia farmacológica inducida por la metadona.

- Fomentar un estrecho contacto con el Centro de tratamiento a fin de facilitar el proceso de rehabilitación social.
- Reducir las conductas de carácter antisocial asociadas al consumo de heroína.

Tipos de PMM

1) Programas de alta exigencia o alto umbral

Suponen un tratamiento integrado con atención psicológica y social, analíticas toxicológicas, etc.

Características de estos programas:

- Existencia de un contrato terapéutico.
- Dosis de fin de semana de inicio.
- Posibilidad de acceder a dispensación tres veces por semana y posteriormente una vez por semana, atendiendo a la evolución, situación física, laboral, familiar y social.

Dentro de estos programas, se contemplan varios subtipos:

- *PMM corto (3-6 meses)*. Objetivo terapéutico, orientación al cambio y alcanzar el estado libre de drogas.
- *PMM largo (1-2 años)*. Pacientes compulsivos graves, con una larga evolución de su dependencia y/o patologías severas.
- *PMM permanente*. Pacientes muy graves, cronificados y/o terminales.

2) PMM de baja exigencia o bajo umbral.

Puede constituir el único tratamiento o ser el paso previo para tratamientos de alta exigencia.

Características de estos programas:

- Dispensación diaria.
- No se contempla recogida de muestras para análisis toxicológicos.
- Puede incluir atención psicológica y social.
- Es un programa de reducción del daño, cuyo objetivo principal no es la abstinencia a heroína, sino evitar transmisión de enfermedades, delincuencia, marginación etc.

Criterios de inclusión en PMM

- Gestación.
- Patologías orgánicas graves (SIDA, hepatitis activa, tuberculosis, etc.).
- Enfermedad mental grave asociada a la drogodependencia.
- Fracaso en otros tratamientos de forma reiterada.
- Desadaptación social importante.
- A petición del paciente, sin contraindicaciones, se valorará la conveniencia por el equipo terapéutico.

Condiciones mínimas (Real Decreto 75/90 de 19 de enero)

- Diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos y haber realizado al menos un tratamiento en otra modalidad terapéutica.
- Aquellos que no cumplan las condiciones mínimas, si han contraído el SIDA, o están afectados por patología orgánica severa.

Criterios de exclusión de PMM

- Amenazas, agresiones, robos y otros hechos graves cometidos en el centro de tratamiento.
- Consumo o tráfico de drogas en el centro de tratamiento.
- Incumplimiento del contrato terapéutico en los programas de alto umbral.

Criterio de cambio de programa

- Los pacientes de programas de alta exigencia, pasarán a los de baja exigencia, cuando con un correcto soporte terapéutico (incluyendo dosis eficaz), y tras un periodo prolongado de mala evolución, no inferior a seis meses, se constate escasa o nula colaboración del paciente para este tipo de tratamientos.
- Los pacientes de programas de baja exigencia, pasarán a los de alta exigencia cuando su situación personal lo aconseje, previa comprobación de abstinencia, en aquellos pacientes que anteriormente hubieran estado en este programa.

Dosificación

- Determinar individualmente la dosis en base a la evaluación del paciente debiendo ser adecuada para alcanzar el efecto deseado durante 24 horas o más.
- La mayoría de los pacientes entran en un rango de dosis efectiva entre 50 y 120 mg/día, siendo la dosis efectiva más frecuente 80 mg.± 20 mg/día.

Criterios de desintoxicación en un PMM

- Deseo del paciente de terminar el PMM.
- Adecuado nivel de rehabilitación.
- Estabilidad laboral.
- Vida social desvinculada del mundo de la droga.
- Permanencia prolongada en PMM.
- Buen estado psicológico al inicio del proceso de desintoxicación.

Tipos de desintoxicación de un PMM

- a) Disminución progresiva de la dosis hasta nivel cero.
- b) Supresión rápida de metadona asociada a la administración de agonistas alfa-2 presinápticos (clonidina y guanfacina).

B) TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS

Programa de mantenimiento con naltrexona

Objetivo del PMN

- Favorecer el mantenimiento de la abstinencia a opiáceos.
- Prevenir las recaídas en opiáceos.

Criterios de inclusión en un plan de mantenimiento con naltrexona

- Pacientes con alta motivación interna o externa (laboral, familiar, judicial, etc.) para abandonar el consumo de opiáceos.
- Pacientes abstinentes por estancias en hospital, comunidad terapéutica, cárcel, como medida de apoyo a la reintegración a su medio de origen.
- Breve historia de consumo de opiáceos.
- Prevención de recaídas en situaciones de alto riesgo (tratamientos cortos).
- Dependencia mixta de heroína y cocaína (mejores resultados que metadona).

Contraindicaciones para tratamientos con naltrexona

- Pacientes que reciben tratamiento con analgésicos opiáceos.
- Pacientes con abstinencia aguda a opiáceos.
- Pacientes que fracasan en el test de naloxona, o dan positivo a opiáceos en analítica toxicológica.
- Pacientes con historial de hipersensibilidad a naltrexona.
- Embarazadas.
- Menores de 18 años (contraindicación relativa).
- Alteraciones hepáticas graves (hepatitis aguda, insuficiencia hepática).
- Psicosis.
- Ideación suicida activa.

Esquema de tratamiento

1. Desintoxicación. El paciente ha de estar como mínimo 3 días abstinente a heroína o 10 días a metadona.
2. Test de naloxona o control de orina negativo.
3. Inducción.
4. Terapia de mantenimiento. Se pueden utilizar dos pautas:
 - dosis diaria
 - dosis lunes, miércoles y viernes.

Seguimiento

- Seguimiento médico y monitorización de enzimas hepáticos mensualmente durante los seis primeros meses.

6.4. Intervención psicológica/tratamiento psicológico

Es aquella intervención que se realiza utilizando las técnicas de evaluación psicodiagnóstica y la aplicación de los tratamientos psicológicos derivados de las distintas teorías y modelos que desde el campo de la psicología dan una respuesta a los problemas de abuso y dependencia de las sustancias.

La intervención psicológica incluye: la evaluación psicológica (en el apartado de evaluación psicológica) y el tratamiento psicológico.

EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Definición

Queda definido como aquel que se desarrolla entre un profesional especialista en psicología clínica y una persona que precisa ayuda a causa de sus conflictos intrapsíquicos, de acuerdo con un metodología sistematizada y basada en fundamentos teóricos a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. Tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivado de dichos conflictos.

Objetivos

1. Responder a las necesidades clínicas del paciente.
2. Favorecer la toma de conciencia, por parte de cada paciente, del malestar que le lleva a tratamiento.
3. Facilitar la adquisición de estrategias para lograr la abstinencia y prevenir recaídas.

4. Potenciar los recursos personales, que ayuden a los pacientes a tomar posiciones más activas en el entendimiento y resolución de las situaciones sociales, de estrés, angustia y frustración.
5. Contribuir al proceso de incorporación social.

Características generales

- Teniendo en cuenta la definición de la O.M.S. sobre las drogodependencias: "enfermedad crónica, recidivante, susceptible de tratamiento", se plantea la necesidad de relativizar el objetivo de abstinencia (Obj. N°3), planteando objetivos intermedios personalizados
- La patología que requiere la atención en un C.A.D., condiciona la indicación terapéutica, en relación con una peculiaridad inicial, que no se observa en otros pacientes de S.M. y que está relacionada con las conductas adictivas:
 - Las motivaciones para el tratamiento suelen ser ajenas al propio paciente (demanda de tratamiento por presiones impuestas), lo que conlleva la necesidad, en la mayoría de los casos, de realizar una fase de concienciación de enfermedad, requisito necesario para el inicio de la psicoterapia.
 - Como consecuencia, para establecer los tiempos de tratamiento, deberá tenerse en cuenta dicha peculiaridad.
- El abordaje psicoterapéutico tratará el trastorno del abuso o dependencia de sustancias y los trastornos psicopatológicos concomitantes, que pudieran haberse recogido en el diagnóstico dual.

Tipos de tratamiento psicológico

Pueden ser:

1. Grupal
2. Individual
3. Familiar

Todos ellos se caracterizan por:

- Estar abiertos a los diferentes métodos y teorías psicológicas (dinámicas, cognitivo-conductuales, sistémicas, etc.) ya que, al igual que ocurre en el contexto más amplio de la Salud Mental, el ámbito de las drogodependencias se caracteriza por la inexistencia de un modelo explicativo unificado.
- Estarán siempre encuadrados en un proyecto terapéutico que atiende la demanda del paciente, los objetivos terapéuticos marcados y un tiempo limitado de duración de los mismos.

- El límite orientativo en la duración de los tratamientos, se establecerá en un tiempo aproximado de 24 meses, salvo aquellas patologías que, por su gravedad requieran una intervención más duradera en el tiempo.

1. TRATAMIENTO GRUPAL

Características del tratamiento grupal

- Se tenderá a priorizar el tratamiento grupal, por razones de rentabilidad.
- Todo paciente podrá beneficiarse de esta alternativa de tratamiento.
- Se requerirá, salvo excepciones, un periodo de trabajo psicológico, previo a su inclusión en el grupo. La duración de dicho periodo, según experiencia clínica, variará en función de la dependencias a diferentes sustancias y a la psicopatología detectada.
- Las sesiones de trabajo grupal tendrán una duración aproximado de 1 hora y media.

Tipos de tratamientos grupales

Diferenciaremos dos tipos de dispositivos grupales:

a) Módulos específicos de apoyo:

Además de que cada paciente participe en el continuo de su tratamiento individual, grupal y/o familiar, podrá incluirse temporalmente, en módulos específicos de apoyo, según las necesidades particulares que vayan surgiendo en la evolución del caso.

Estos módulos tendrán una duración aproximada de uno o dos meses, dependiendo del contenido del módulo. El número de pacientes en cada módulo será de 8 a 12.

Los módulos ofertados podrán ser:

1. Estrategias de afrontamiento ante la ansiedad: relajación, inoculación al estrés.
2. Técnicas de reestructuración cognitiva: control de pensamientos automáticos, autoinstrucción.
3. Técnicas de autocontrol: control estimular y planificación ambiental, balance decisional, detención del pensamiento, aumento de la tolerancia a la frustración.
4. Técnica de resolución de problemas.
5. Entrenamiento en habilidades sociales.
6. Prevención de recaída.
7. Educación para la salud: higiene, nutrición, sueño, deporte, hepatitis, sida, metadona...

b) Grupos psicoterapéuticos:

Sin olvidar la posibilidad y el beneficio de poner en práctica otros modelos de intervención grupal y otras variaciones sobre las mismas técnicas, se llevarán a cabo grupos de orientación dinámica y cognitivo-conductual.

- *Los grupos de orientación dinámica:*

Se realizarán según la modalidad de corredor terapéutico. Tendrán como objetivo general, el crecimiento psicológico de cada paciente, que le permita resolver sus problemas de forma distinta a como lo ha hecho hasta el momento, a través de las técnicas propias de esta orientación, señalamiento, clarificación, construcción, interpretación, confrontación, etc.

Los grupos constarán de un máximo de 12 pacientes, con una sesión semanal de 1 hora y 1/2 de duración.

Dicho corredor tendrá, para cada paciente, una duración máxima de un año y medio, permitiendo la alternancia de periodos cerrados y abiertos, que, en espacios de 4 meses de duración, posibiliten, tras una valoración grupal, altas y la incorporación de pacientes nuevos.

- *Los grupos de orientación cognitivo-conductual:*

Tendrán como objetivo el aportar a los pacientes estrategias de afrontamiento al problema de adicción y la prevención de recaídas, mediante las siguientes técnicas:

Control estimular, planificación ambiental, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación, de detención del pensamiento, cognitivas, racionales-emotivas, control de las consecuencias y educación para la salud.

Se constituirán grupos cerrados con 8-10 pacientes máximo, durante un periodo de 4 meses, con una frecuencia de 2 sesiones semanales (variable según las características de los participantes del grupo).

Tras la asistencia continuada en esos 4 meses, se establecerá una sesión mensual de seguimiento, hasta el año de tratamiento. Durante dicho período, habrá una evaluación permanente de los pacientes. Además se contempla una sesión individual mensual, así como inclusión de los familiares en un programa psico-educativo, a efectuar en sesiones aproximadamente bimestrales.

En todos los grupos psicoterapéuticos, se considerarán criterios de exclusión los supuestos siguientes:

- Deficiencia mental
- Psicosis
- Trastornos disociales de la personalidad graves.

Así como criterios de exclusión temporales.

- Pacientes con ideación autolítica activa.
- Cuadros de ansiedad aguda
- Personalidades paranoide y límite
- Rechazo al dispositivo grupal

2. TRATAMIENTO INDIVIDUAL

Características de los tratamientos individuales

- Se tenderá a disminuir el número de pacientes asistidos individualmente, manteniéndose este tipo de abordaje para aquellos pacientes que, de manera temporal o definitiva, no puedan acceder al dispositivo grupal, bien por la psicología que presenten o porque las condiciones personales o socio-laborales lo dificulten.
- Las sesiones tendrán una frecuencia semanal, al inicio, pudiendo aumentar o disminuir, en función de la evolución de cada paciente.
- La duración de cada sesión será de 45 minutos.

3. TRATAMIENTO FAMILIAR

Características del tratamiento familiar

Las características dependerán de la modalidad de abordaje familiar que se lleve a cabo, teniendo en cuenta que:

- Se realizará con la unidad familiar exclusivamente.
- Con o sin el paciente.
- Con todos los miembros de la familia o solo con aquellos que el paciente está implicado directamente.

Tipos de abordaje familiar

Sesiones informativas a familiares:

Se podrá realizar varias sesiones inmediatamente después de que el paciente realice la acogida (en el plazo máximo de 2 semanas aproximadas) con diferentes familias, con el objetivo doble de informar e implicar a los familiares en el tratamiento del paciente, y por otra parte, adecuar sus expectativas a la realidad de la oferta terapéutica actual.

Intervención familiar:

Consistirá en entrevistas puntuales, para recoger información acerca del paciente y de la dinámica familiar, para marcar directrices que favorezcan el tratamiento, y para dar información y ayudas a la familia a enfrentar situaciones de conflicto.

Se realizarán desde el primer contacto del paciente con el centro y podrán desarrollarse durante todo el tratamiento.

Grupo psico-educativo de familias:

Se desarrollarán en base a un programa con contenidos a especificar, acerca de los diferentes aspectos que tienen que ver con las drogodependencias. Se realizará al inicio del tratamiento, el n° de sesiones vendrá determinado por los contenidos, y no superará las 8 sesiones.

Tratamiento psicoterapéutico familiar

Estará dirigido a aquellas familias con graves conflictos de relación, muy desestructuradas y/o aquellas familias en las que la dinámica familiar esté influyendo negativamente en la evolución del paciente. El abordaje se realizará conforme a un encuadre previamente establecido.

6.5. Intervención de Enfermería

Definición

El personal de enfermería actuará a lo largo de todo el proceso terapéutico con funciones claramente definidas, siendo parte activa en los procesos de acogida, valoración, diagnóstico y tratamiento, mediante técnicas específicas.

Objetivos

- Recoger la información inicial del paciente y familiares.
- Conseguir la fijación y adherencia del paciente al proceso terapéutico.
- Realizar la educación sanitaria sobre el paciente y familia, relativa al cuidado de su enfermedad.
- Colaborar con el resto del equipo en la curación y rehabilitación del paciente.

Tipos de Intervención

1. Efectuar el primer contacto con el usuario que acude al C.A.D./U.A.D. elaborando la historia de acogida según pautas establecidas, e interconsulta con el personal de la unidad de evaluación.
2. Realización de la evaluación de enfermería cuando sea requerida.
3. Colaborar en el proceso diagnóstico a través de la toma de muestras biológicas y su envío al laboratorio de referencia.
4. Preparación de la medicación prevista para el proceso de desintoxicación.

5. Administración de tratamientos farmacológicos y control de manifestaciones de abstinencia y efectos secundarios, según protocolos establecidos durante la fase de desintoxicación.
6. Tratamiento con sustitutivos opiáceos:
 - a) Administración del fármaco y preparación del mismo para su toma a domicilio.
 - b) Control de las cantidades recibidas y sobrantes en cada jornada de dispensación.
 - c) Control de asistencia e incidencias en cada jornada de dispensación y cumplimentación del libro de registro.
 - d) Previsión de la cantidad de fármaco necesaria para la siguiente jornada y petición de la misma al Servicio farmacéutico de referencia.
 - e) Recogida del fármaco y supervisión de su transporte a la Unidad cuando le sea encomendado por el coordinador de la misma.
 - f) Supervisión de la recogida de muestras para análisis toxicológico por el personal auxiliar.
7. Control de crónicos según pautas establecidas.
8. Cuidados de enfermería de los pacientes que tras su evolución presenten déficits en áreas de su competencia.
9. Aquellas intervenciones que dentro de su marco de actuación le sean encomendadas por la dirección del centro.

6.6. Intervención social

Definición

Es aquella que atiende la problemática socio-familiar del drogodependiente, valora, diagnostica e interviene en las acciones encaminadas a promover la inserción social y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Objetivos

- Colaborar con el resto del equipo en la elaboración del Plan Terapéutico diseñado para el paciente.
- Ayudar a resolver las carencias sociales que dificulten el proceso de rehabilitación e inserción del paciente.
- Capacitar a los usuarios y a sus familiares para el uso adecuado de los recursos sociales.
- Procurar la intervención familiar y comunitaria en la rehabilitación social del drogodependiente.
- Colaborar con los recursos de apoyo para la reinserción en su entorno.

Tipos de intervención

Se puede llevar a cabo de forma directa, actuando con el propio paciente; o bien de forma indirecta, sin la presencia del interesado.

Se deberá dedicar al menos 1/3 de la jornada laboral a la intervención indirecta, debiendo computarse a efectos evaluativos asistenciales.

Tanto la intervención directa como la indirecta se pueden practicar en tres niveles:

1. Nivel Individual

Es el que se realiza a través de relación directa, ya sea con el paciente, personas de la comunidad, otros profesionales o personas significativas en el caso.

Si se trata de una intervención directa se accederá a ella mediante cita previa, a demanda del interesado o bien por indicación de su terapeuta responsable.

Actuaciones:

- Información, asesoramiento y orientación sobre los recursos comunitarios.
- Gestión, tramitación de los recursos, ayudas y prestaciones de Fondos Sociales.
- Capacitación para la mejora de habilidades de uso y acceso a los recursos comunitarios.
- Seguimiento periódico de las actividades de reinserción realizadas en los recursos generalizados propuestos.
- Derivación a otros dispositivos de atención especializada (C. de Día, C. Terapéutica) y seguimiento de la adecuación al mismo.

2. Nivel Grupal

Dirigido a apoyar e informar a la familia para mejorar su interrelación y lograr la integración socio-familiar del paciente.

Estará destinado a familias y grupos de familias cuyos hijos reciban asistencia en la U.A.D./C.A.D.

Dentro de este nivel se enmarca con sus técnicas propias la intervención familiar. Se realizará en colaboración con otro profesional y tendrá carácter periódico.

Actuaciones

- Educación familiar.
- Tratamiento familiar dirigido a la modificación de actitudes que influyen en el tratamiento del paciente.

- Motivación y entrenamiento para la participación en los movimientos sociales de su zona.

3. Nivel Comunitario

Es la actuación que se dirige a los distintos grupos de personas que forman la Comunidad.

Actuaciones:

- Establecimiento y actualización del fichero de recursos comunitarios.
- Promoción y colaboración en la organización de recursos específicos (voluntariado, grupos de apoyo, autoayuda).
- Coordinación con Colectivos Sociales y recursos de la zona.
- Relación Institucional para el desarrollo comunitario.

7. FORMACION

Definición

Aquellas actividades académicas o técnicas encaminadas a actualizar y aumentar los conocimientos de los profesionales de los Equipos de Drogodependencias de manera que proporcionen un mejor abordaje de las necesidades de los usuarios de estos servicios.

Están definidos de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Líneas generales indicadas en el Plan Autonómico sobre Drogas.
- b) Objetivos anuales de las U.A.D./C.A.D.
- c) Puesta en común de las necesidades de formación expresadas de forma mayoritaria por los profesionales.

Objetivos

1. Actualizar y complementar los conocimientos necesarios en materia de drogodependencias.
2. Estimular especialmente la incorporación y la actualización constante de las técnicas y las formas de intervención en drogodependencias.
3. Motivar la investigación continuada en las U.A.D./C.A.D. a través de la formación en metodología para la investigación.

Características

El programa de formación continuada se ajustará anualmente a las líneas directrices que marque el Plan Autonómico sobre Drogas y en función de los objetivos y necesidades asistenciales y en continua interacción con las U.A.D./C.A.D. en cuanto a las demandas expresadas por los profesionales en su práctica diaria.

Así mismo el programa de formación será coherente con los objetivos asistenciales que se marquen anualmente en las U.A.D./C.A.D.

Este programa, se desarrollará en horario laboral y fuera del mismo de acuerdo con los criterios establecidos desde los servicios centrales en cuanto a las licencias que se concederán ¹, con el fin de no mermar excesivamente otras actividades de los servicios.

Actividades de formación

En función con los objetivos del Plan Autonómico sobre Drogas y al objeto de impulsar y estimular a las U.A.D./C.A.D. a establecer actividades de formación internas, podemos distribuir estas en 3 líneas de formación fundamentalmente:

- 1) Actividades con carácter regional (congresos, jornadas, seminarios, sesiones, etc...), que serán programadas desde el Organismo Técnico del Comisionado para la Droga y por la Comisión de Formación y Docencia de Salud Mental en las que participarán personal de los equipos, centros, y personal de otras instituciones y comunidades.
- 2) Actividades de formación de la U.A.D./C.A.D. Cada equipo programará sus actividades formativas (sesiones clínicas, bibliográficas, supervisiones, seminarios etc...) posibilitando la participación del mayor número posible de sus profesionales. Muchas veces algunas de éstas actividades pueden presentarse ampliadas a los equipos de su área, intersectorial (hospitales y centros ambulatorios) o de toda la región.
- 3) Actividades de formación personal, o de grupos de trabajo de las U.A.D./C.A.D. que decidan formarse o ampliar su formación en temas necesarios y de importancia para la mejora de la actividad asistencial.

Regulación

La formación estará regulada por los organismos y normas competentes (orden, resolución, decreto...) con el fin de que quede garantizado el beneficio público de una formación personal en la que directa o indirectamente intervienen recursos públicos.

Deberá consignarse la partida presupuestaria que los financie en la parte correspondiente a la administración autonómica.

La formación personal se autorizará por el Jefe de área o en quien delegue, a propuesta del interesado, sin perjuicio en ningún caso de la organización y actividades asistenciales de las U.A.D./C.A.D., así mismo se adecuará a las normas administrativas vigentes (asuntos propios, permisos, vacaciones, etc...).

¹ Según circular de diciembre de 1993 sobre criterios de formación y licencias basada en el Decreto Regional 27/1990.

Responsabilidad

Serán responsables de la formación:

- a) La Dirección de Programación y Evaluación que gestiona el programa de formación regional y apoyará y ayudará a gestionar los programas de formación específicos de los equipos.
- b) El Organo Técnico del Comisionado para la Droga.
- c) En las U.A.D./C.A.D. será responsable de las actividades de formación el Director o Coordinador, pudiendo delegar ésta función en cualquier miembro del equipo que crea conveniente.
- d) La coordinación general de todas las actividades de formación, se realizará en la Comisión de Formación y Docencia en Salud Mental de ámbito regional.

Financiación

La formación continuada será financiada en una parte por la Administración Regional que en sus presupuestos generales en la partida correspondiente, consignará la cantidad necesaria para desarrollar parte de las actividades programadas.

Se buscarán todas aquellas fuentes de financiación legalmente establecidas para llevar a cabo actividades de formación e investigación. (P.N.s.D. Plan Nacional sobre Drogas, Administración local, instituciones privadas, becas nacionales e internacionales....).

En la parte de financiación correspondiente a la Administración Autonómica, se destinará una cantidad a financiar los programas de formación de las U.A.D./C.A.D. que hayan sido aprobados y programados.

8. INVESTIGACION

Definición

Actividad que resulta de la aplicación de principios y métodos científicos, y teorías para identificar, describir, conceptualizar, medir, predecir, cambiar y controlar aquellos factores o variables que son importantes en el desarrollo efectivo de los programas de intervención en drogodependencias.

Esta actividad se llevaría a cabo de acuerdo a:

1. Los objetivos enmarcados en el Plan Autonómico sobre Drogas.
2. Líneas de investigación que se propongan desde el Organismo Técnico del Comisionado para la Droga y desde la Comisión de Investigación y Mejora de Calidad en función de los objetivos a cumplir por los Servicios de Drogodependencias.
3. A la iniciativa consensuada de los profesionales a partir de las necesidades que surjan en el ejercicio profesional.

Objetivos

1. Garantizar la incorporación de un mayor conocimiento sobre la clínica de los trastornos por abuso y dependencias de sustancias (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
2. Conocer con exactitud el funcionamiento real de los servicios y el nivel de participación de los profesionales en los mismos.
3. Conocer la incidencia de diversos factores en el proceso de búsqueda de ayuda especializada en Drogodependencias.
 - 3.1. El papel que juegan las actitudes de la población y de los propios profesionales hacia el tratamiento.
 - 3.2. La relación entre estas actitudes y las características psicopatológicas de los usuarios.
 - 3.3. La relación de la psicopatología con los concomitantes socioculturales.
4. Conocer la incidencia y prevalencia del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

El objetivo último de la investigación sería el de proporcionar una mayor información para mejorar la calidad del servicio y hacerlo más efectivo.

Características

Las actividades de investigación al igual que las de formación continuada se revisarán anualmente en función de los objetivos, necesidades y demanda de las U.A.D./C.A.D.

Las líneas de investigación prioritarias, se realizarán en función de los objetivos asistenciales.

La monitorización y apoyo técnico para la realización de las actividades de investigación se proporcionará desde el Organismo Técnico del Comisionado y la Unidad de Evaluación, Formación e Investigación.

Estas actividades se desarrollarán en horario laboral y en ocasiones fuera del mismo, si tales actividades han sido financiadas desde distintos organismos o instituciones locales, nacionales o internacionales.

Actividades de Investigación

De acuerdo a los objetivos en Drogodependencias y al objeto de coordinar y homogeneizar las actividades de investigación en las distintas U.A.D./C.A.D., se proponen tres líneas generales, que abarcan:

1. Investigación de los aspectos clínicos en drogodependencias.
2. Análisis socio-demográfico.
3. Estudio de los factores de cronificación y deterioro de los usuarios de las U.A.D./C.A.D.

Dentro de estas líneas generales de investigación se establecerán unas prioridades en cada una de ellas de acuerdo a las necesidades de información que se planteen en la consecución de los objetivos de los Equipos de Drogodependencias.

Regulación

La investigación se regulará de acuerdo a unos criterios propuestos por la Comisión de Investigación y Mejora de Calidad con el objetivo final de garantizar el beneficio público y el respeto de la ética profesional y humana.

Los proyectos de investigación deben ser aprobados por esta comisión. Cada proyecto de investigación tendrá un responsable (investigador principal) que adecuará su tiempo de dedicación a dichas actividades a las necesidades asistenciales del servicio.

Responsabilidad

Serán responsables de las actividades de investigación:

- En las U.A.D./C.A.D., el investigador principal del proyecto, que informará de sus actividades al coordinador en su labor de facilitar un horario que se atenga a las necesidades asistenciales del servicio.
- En los Servicios Centrales: La Dirección de Programación y Evaluación en su labor de monitorización, apoyo y coordinación.

Financiación

La investigación en las U.A.D./C.A.D. se financiará en parte con presupuesto de la Administración Regional. Ante una posible oferta de varios proyectos de investigación que se ajusten a las líneas propuestas se establecerá una selección de los mismos por la Comisión de Investigación y Docencia.

Por otra parte los equipos pueden solicitar todas aquellas fuentes de financiación que se ofrecen desde las distintas instituciones de carácter regional, nacional o internacional siempre y cuando su temática se ajuste a las líneas de investigación propuestas y prioritarias.

En la solicitud a tales proyectos prestará su apoyo técnico la Dirección de Programación y Evaluación.

9. DOCENCIA

Definición

Son aquellas actividades realizadas para la formación de otros profesionales en cualquiera de las disciplinas que conforman el Equipo de Drogodependencias.

La actividad docente puede estar:

- Organizada y ofertada por el propio Equipo de Drogodependencias.
- Organizada y dirigida por otras instituciones, siendo el Equipo de Drogodependencias colaborador docente de las mismas.
- En todas las actividades docentes se deberá contar con la acreditación correspondiente y las regulaciones legales establecidas entre las instituciones responsables (convenios, acuerdos, decretos, etc...).
- La formación se realizará en el postgrado en las especialidades relacionadas con la Salud Mental y Drogodependencias.
- En aquellas disciplinas que no está regulada la especialidad en Salud Mental, se participará en las prácticas de formación de pregrado. Una vez establecida la especialidad se tenderá a participar fundamentalmente en éste nivel.
- La participación en la docencia por parte de los miembros del Equipo de Drogodependencias será individual y voluntaria, y el reconocimiento en la forma que se disponga, también será individual.

Objetivos

Participar en la formación de profesionales y voluntariado en el campo de las drogodependencias.

Transmitir a nuevos profesionales un modelo de atención en el que se integran las necesidades del paciente y la respuesta a las mismas desde el medio comunitario.

Responsabilidad

En todos los Equipos de Drogodependencias, habrá un responsable de la docencia que será el director o profesional en quién delegue esta función.

Esta persona coordinará entre los miembros del equipo las actividades docentes (distribución, tutorías).

Será la persona que se relacione para este tema con otras instancias o instituciones que así lo requieran.

Coordinará la elaboración de actividades y programas docentes.

En los niveles centrales habrá un técnico con responsabilidad en este campo que participará en la elaboración de convenios, acuerdos... que tengan carácter regional.

Este técnico coordinará las actividades docentes entre los Equipos de Drogodependencias, para igualar criterios, elaborar programas, etc...

Programas

- Todas las actividades docentes de los Equipos de Drogodependencias deberán estar programadas con antelación. Serán revisadas y evaluadas anualmente para adecuarse a las necesidades de la demanda y las capacidades de la oferta.
- En los programas docentes de Salud Mental se contemplará la parte correspondiente a Drogodependencias.
- Los Equipos de Drogodependencias tendrán programadas las actividades docentes que ofrecerán a estos profesionales.

10. COORDINACION

Definición

La Coordinación significa poner en contacto distintas instituciones, servicios o profesionales para unir esfuerzos, aumentar la eficacia de las actuaciones, racionalizar el gasto, incluyendo la reflexión como elemento fundamental sobre lo que se está haciendo para procurar un mejor servicio.

Es una actividad inherente al Equipo de Drogodependencias que consideramos esencial para el desarrollo de las funciones del mismo (asistenciales, formación, investigación, docencia...)

Objetivos

Organizar aspectos internos del funcionamiento del Equipo.

Elaborar y desarrollar los objetivos y programas anuales en el marco de su área de referencia.

Evaluar las actividades realizadas.

Analizar y resolver problemas.

Informar y participar en la gestión de recursos.

Actividades

Reuniones programadas de los Equipos de Drogodependencias destinadas al cumplimiento y desarrollo de estos objetivos.

Observaciones

COORDINACION INTERNA

Es aquella que realiza el equipo de la U.A.D./C.A.D. entre los distintos profesionales que lo integran, para lo cual habrá un tiempo exclusivamente dedicado al desarrollo de esta actividad.

COORDINACION EXTERNA

El Equipo de cada U.A.D. o C.A.D. forma parte de una red asistencial completa e integrada. De ahí que resaltemos la importancia de su coordinación con aquellos dispositivos que participan en el mismo proyecto asistencial.

Se realizará a través del coordinador y de otros miembros del equipo según el tipo de actividad de coordinación que se realice.

Señalamos aquellos dispositivos que consideramos que deben tener establecidos unos cauces de coordinación de obligado cumplimiento (protocolizados).

Estos son:

- a) Unidades Hospitalarias de desintoxicación y C.T. concertadas.
- b) Programas de usuarios con problemas juridico-penales (II.PP., Comisarias y Juzgados, etc).
- c) Atención primaria de salud.
- d) Centros de Salud Mental.
- f) Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma, Administraciones locales, las O.N.G.s, Asociaciones de familiares y otras O.N.G.s.
- g) Otras instituciones: INEM, MEC...

11. EVALUACION ASISTENCIAL

Definición

La evaluación es un proceso que consiste en determinar y aplicar criterios y normas con el fin de realizar un juicio sobre los diferentes componentes de un programa, para propiciar el cambio o mejoramiento de las actividades del mismo y facilitar un planificación y toma de decisiones más racional. Se señala la evaluación como una actividad muy importante.

Objetivos

1. Medida de la eficacia, eficiencia y efectividad.
2. Facilitar la toma de decisiones para:
 - Continuar o no los programas que se evalúan.
 - Mejorar sus prácticas o procedimientos.
 - Añadir o desechar técnicas en relación con las que se estén empleando.
 - Modificar la estrategia en desarrollo.
 - Establecer proyectos o programas semejantes en contextos similares.

Para evaluar es necesario el establecimiento proeivo de estándares de los indicadores que pretendamos medir, por lo que éste constituirá el objetivo inicial del proceso de evaluación.

En la evaluación asistencial se destacan dos niveles:

1. Evaluación del proceso. Comprende la evaluación de la actividad y del funcionamiento de un determinado Servicio o Programa.
2. Evaluación de resultados. Se efectúa sobre las consecuencias o el impacto del programa, en realación con los objetivos preestablecidos en los programas.

Indicadores de evaluación

1) INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDAD

Destacamos una serie de indicadores sobre la actividad de los servicios y su funcionamiento, que como mínimo deberán estar registrados en todos los centros para analizar el cumplimiento de los objetivos planteados.

Estos indicadores serían:

- Acogida
- 1ª Visita
- Revisión
- Reinicio
- Abandono
- Procedencia
- Derivación
- Lista de espera
- Índice de retención
- Controles de abstinencia

Se definen:

Acogida

Primer contacto del paciente con el centro, previo a la apertura de historia clínica. Incluye el análisis de la demanda del paciente, la explicación del programa del centro y la toma de datos generales.

1ª visita

Primera vez que una persona es atendida en el centro por un profesional de Drogodependencias que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la historia clínica. El Sistema de Información en toxicomanías (SITCAM) registra las primeras visitas como inicios de tratamiento y establece un subtipo denominado inicio en tratamiento por primera vez (anexo 7).

Revisión

Todas aquellas visitas sucesivas a la primera. Engloba todos los demás contactos que el paciente establece con el centro.

Reinicio

Se considera como tal:

- Todo contacto de un paciente con el centro cuando hayan transcurrido un mínimo de seis meses desde el contacto anterior.
- Todo nuevo contacto de un paciente cuando se produce por una patología distinta de la que provocó los contactos previos.
- Todo contacto de un paciente con el centro antes de transcurridos los seis meses del anterior, cuando éste es posterior a una derivación sin seguimiento.

Todo reinicio es el inicio de un nuevo episodio (misma patología, distinta patología), pero lleva parejo la existencia previa de una 1^ª consulta y una finalización previas.

Abandono

Cuando la salida del proceso terapéutico es iniciativa del paciente. A diferencia con el alta voluntaria el paciente no notifica su intención de abandonarlo, no avisa ni disculpa su ausencia a la cita.

Se consideran dos criterios independientes para que se produzca abandono:

1. Que hayan transcurrido tres meses desde el último contacto que el paciente estableció con el centro, o bien que
2. Que hayan ocurrido tres citaciones consecutivas a las cuales el paciente no ha acudido. Se incluyen aquellos pacientes que tras la acogida y evaluación no acuden a la primera cita de tratamiento.

Observaciones

Aquí hemos de tener en cuenta las excepciones que puedan establecerse según la patología y la información sobre los motivos del abandono. Será el equipo y su director las que establezcan estas excepciones y decidan la relatividad de éste parámetro.

Procedencia

Hay que registrar la procedencia del paciente refiriéndonos a la institución o personas que lo envía al Equipo de Drogodependencias.

Derivación con seguimiento

La derivación desde un centro de Drogodependencias hacia otro dispositivo se

contempla siempre como una derivación con seguimiento. Es decir, el contacto con el equipo que lo deriva se mantiene de forma que dicho equipo participa en los cuidados del paciente durante el periodo que es atendido en el dispositivo al que se deriva.

La vuelta del paciente al Centro deberá notificarse como un contacto más (revisión).

Lista de espera

La lista de espera en un Centro de Drogodependencias, se contempla una vez que el usuario es evaluado y se encuentra en espera de ser asignado a un programa terapéutico.

Se considera:

1. Número de usuarios en lista de espera = al número de usuarios en espera de ser asignados a tratamiento el último día del periodo informado (Ej: el primer día de cada mes).
2. Número de días en lista de espera = número de días transcurridos del usuario que más tiempo lleva esperando a ser asignado a tratamiento en el Centro el último día del periodo informado (Ej: el primer día de cada mes).

Indice de retención

Porcentaje de pacientes que continúan en tratamiento al cabo de un plazo prefijado en relación con los que iniciaron tratamiento de ese mismo programa.

Controles de abstinencia

Miden la evolución del proceso de dependencia en su variable de consumo de sustancias

2) INDICADORES DE RESULTADO

Destacamos los siguientes:

- Alta
- Nº de muertes relacionadas con el uso de drogas.
- Nº de urgencias relacionadas con el uso de drogas.
- Seroprevalencia de SIDA, Hepatitis, etc.
- Indicadores de deterioro social (detenciones, ingresos en prisión, etc...).
- Indicadores de disminución del daño (cambios en la vía de administración, mat. de inyección estéril, utilización de preservativos, etc.).
- Indicadores de satisfacción del usuario.

Se definen:

- Alta

Agrupar todos los finales de tratamiento realizados a instancia o asumidos por el/los responsables del caso por distintos motivos:

a) Alta terapéutica (mejoría o curación):

Ha seguido un tratamiento y termina la relación terapéutica por mejoría de los problemas que ocasionaron la consulta. Puede suponer la realización de entrevistas de seguimiento para evaluar resultados a medio y largo plazo.

b) Derivación o traslado:

La problemática del paciente deja de ser apropiada para tratarla en el centro, o se impone por motivos externos (motivos jurídico-penales, traslado de domicilio, etc.).

Supone siempre la continuidad del tratamiento del problema por otro equipo terapéutico.

c) Voluntaria

Es la separación establecida por el paciente de forma unilateral y por los motivos que aduzca.

d) Fallecimiento.

Observaciones

En todos los casos de alta se registrará esta como tal junto con la modalidad de la misma.

Siempre acompañará un informe de alta para el paciente, para su médico de cabecera y para la H^a clínica.

- Nº de Muertes relacionadas con el uso de drogas. Indicador incluido en el Sistema de Información de Toxicomanías (SITCAM)
- Nº de Urgencias relacionadas con el uso de drogas y tipo de las mismas. Indicador incluido en el SITCAM.
- Seroprevalencia de SIDA, Hepatitis, etc.
- Indicadores de deterioro social.
- Indicadores de disminución del daño.

Este grupo de indicadores se definen por sí mismos. Se trata de medir más que el número absoluto, las tendencias relativas a los mismos.

- Indicadores de satisfacción del usuario.

Miden el grado de aceptación con la atención recibida. De esta manera se trata de recoger las apreciaciones subjetivas de los usuarios de los servicios y de sus familiares. Parece que hay dos tipos de componentes que más influyen:

- a) Los que se relacionan con problemas de accesibilidad (geográfica, burocrática...) y disponibilidad (trato recibido, capacidad de generar confianza...).
- b) Los que se relacionan con las expectativas que los usuarios y sus familiares tienen cuando solicitan una intervención terapéutica.

3) CRITERIOS DE GESTION DEL TIEMPO CLINICO

- Intervención médica y psicológica:

Consideramos importante establecer unos criterios mínimos y generales, siguiendo la motivación del presente documento, que sirvan de referencia y orientación a la hora de establecer objetivos en los distintos Centros y Unidades de Drogodependencias y a la hora de evaluar con criterios unificados la calidad de las actividades asistenciales de nuestros equipos. Estos datos en general fluctuarán lógicamente bajo la influencia de múltiples variables. No obstante, repetimos, servirán de orientación a la hora de programar el trabajo diario y a la hora de evaluar calidad y rendimiento asistencial.

- 1) Tiempo total dedicado a las funciones asistenciales/día
- 2) Razón tiempo de primeras visitas/profesional (médicos)
- 3) Razón tiempo de revisiones/profesional (médicos)
- 4) Razón tiempo primera visita/profesional (psicólogos)
- 5) Razón tiempo revisión/profesional (psicólogos)
- 6) Razón tiempo/grupos terapéuticos

1) Tiempo total dedicado a las funciones asistenciales

El porcentaje de tiempo laboral distribuido entre las funciones del equipo de drogodependencias queda de manera general:

- 65% Actividades asistenciales
- 25% Actividades de docencia, formación, investigación y coordinación.
- 10% Sin especificar

2) Razón primera visita/profesional Médico

Establecemos un tiempo de referencia máximo de 30 minutos teniendo en cuenta un modelo de asistencia realmente dirigido a las necesidades del paciente, y que posibilite una buena toma de contacto, y facilite así mismo el diagnóstico y la instauración del tratamiento adecuado.

El número de primeras visitas, según la actividad media que se realiza en los Centros de Drogodependencias la establecemos en 2 al día, lo que ocuparía el 20% del horario asistencial. Este parámetro estará condicionado lógicamente por la demanda existente en cada momento.

3) Razón revisión/profesional Médico

Esta relación puede establecerse referida en un tiempo máximo de 30 minutos por revisión. Utilizando el tiempo restante de las primeras visitas obtenemos unas 8 revisiones (consultas de tratamiento) por día.

4) Razón primera visita/profesional de Psicología

El tiempo de referencia máximo, atendiéndonos a los mismos principios expresados en las primeras visitas de medicina, lo establecemos para psicología en 30 minutos. Así mismo consideramos adecuada 1-2 primeras visitas diarias.

5) Razón revisiones/profesional en Psicología

El tiempo máximo dedicado a las revisiones en psicología lo consideramos también de 40 minutos por paciente.

En estas distribuciones del tiempo asistencial se pueden alcanzar de 7 a 8 intervenciones psicológicas individuales por día, incluida la primera visita.

6) *Las intervenciones grupales*

Las intervenciones en grupos, contabilizará cada una de los componentes del grupo como una revisión.

La duración media de los grupos puede establecerse en 90 minutos.

GRUPO 9 PERSONAS
90 Minutos
9 REVISIONES

La participación de dos terapeutas no implica imputar el número de pacientes del grupo a ambos terapeutas.

• Intervención de Enfermería

Se establecerán los indicadores anuales referidos a los objetivos asistenciales de estas disciplinas, así como a las funciones establecidas para las mismas.

Podemos establecer una distribución del tiempo entre las diferentes actividades que sirva de orientación a la programación y que iguale criterios en la intervención de enfermería en los Equipos de Drogodependencias.

Porcentajes:

40% Acogidas

60% Consulta de enfermería y participación en los programas de asistencia que se establezcan.

La evaluación se obtiene de la memoria anual de actividades a través de los indicadores establecidos.

- Intervención socio-familiar

- Se establece a través de los indicadores específicos que se establezcan según los objetivos.
- Estos indicadores deben establecerse por el Equipo de Drogodependencias.
- Corresponde al Trabajador Social llevar a cabo los objetivos de su trabajo y proporcionar los registros de los indicadores.
- La evaluación se obtendrá de la memoria anual de actividades a través de los indicadores establecidos.

12. BIBLIOGRAFIA

1. ALTÉS, J., MESTRE, L. Y FORTEZA-REI, J. Tratamiento hospitalario de la dependencia de heroína. Evaluación del primer año de funcionamiento de la Unidad de Desintoxicación del Hospital "Son Dureta". Comunidad y Drogas nº 8, pp. 25-36. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
2. ALVAREZ CERVERÓ, J. El Plan Regional Sobre Drogas de la Comunidad de Madrid. Comunidad y Drogas nº 16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
3. CADAFALCH, J. Y CASAS, M. El paciente heroínomano en el Hospital General. Citran. Bilbao 1993.
4. Comisionado para la Droga. Plan Autonómico 1993-1996. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de La Comunidad Autónoma de Murcia. Murcia 1993.
5. ESTALRICH CANET, J.V. y otros. Drogodependencias y Atención Primaria de Salud. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia 1993.
6. FERRER, X. Y SÁNCHEZ M. La formación de profesionales en materia de drogodependencias. Comunidad y Drogas nº 5/6, pp. 63-82. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
7. GUERRA DÍAZ, D.. ADDICTION SEVERITY INDEX (A.S.I.): un Índice de Severidad de la Adicción. Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías. Edic. Neurociencias. Barcelona 1992.
8. MACHADO DÍAZ, M^e J. y otros. Perfil Psicosocial y Retención de Heroínomanos en Tratamiento Ambulatorio. Adicciones vol 5, nº 2. 1993.
9. MARTIN TEBAR, A. y otros. Modalidades de Desintoxicación en toxicomanías no alcohólicas. Cruz Roja Española. Madrid 1990.

10. MEGÍAS, E. Indicación terapéutica en drogodependencias. Comunidad y Drogas nº 4, pp.9-28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
11. OCHOA MANGADO, E. Tratamiento Farmacológico de la drogadicción. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 16- Nº 7 1992.
12. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento CIE 10. Meditor. Madrid 1994.
13. PAOLINI, E. El modelo socio-sanitario italiano en la gestión de las toxicodependencias. Comunidad y Drogas nº 9, pp. 27-50. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
14. ROCA, F., GÓMEZ BENEYTO, M., PAÑOS, M. Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollados en Valencia desde 1983 hasta 1987. Comunidad y Drogas nº 13/14, pp.45-54. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
15. ROCA, J. Y ANTÓ, J. M^º. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Comunidad y Drogas nº 5/6, pp. 9-38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
16. RODRIGUEZ-MARTOS, A. Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. Adicciones. Vol. 6, Nº4, pp. 353-372. Valencia 1994.
17. ROUNSAVILLE, B.J. Métodos para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en adictos a los opiáceos. Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías. Edic. Neurociencias. Barcelona 1992.
18. SAN MOLINA, L. Programas de Mantenimiento con metadona. ¿Una opción terapéutica?. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.
19. SÁNCHEZ, C. Conocimiento y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos. Comunidad y Drogas nº 8, pp. 9-24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
20. SÁNCHEZ- CARBONELL, J. La Evaluación de la Eficiencia del Tratamiento Ambulatorio con Heroínómanos. Adicciones vol 5, nº 4. 1993.
21. SILVA RIVERA, A. y otros. La Evaluación de Programas en drogodependencias. G.I.D. Madrid 1994.
22. SILVA RIVERA, A. y otros. De la Evaluación a la Calidad. Cruz Roja Española. Madrid 1994.

23. SZERMAN, N. Y DELGADO, F. Diagnóstico dual, medicación y objetos transicionales en el abordaje psicoterapéutico de las drogodependencias. *Adicciones*. Vol.6, Nº1, pp. 5-14. Valencia 1994.
24. TEJERO POCIELLO, A. Y CASAS BRUGUÉ, M. Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínico-asistenciales. *Trastornos Psiquicos en las Toxicomanías*. Edic. Neurociencias. Barcelona 1992.
25. VARO, J.R. La atención a la salud mental y a las drogodependencias en Navarra. *Comunidad y Drogas nº 13/14*, pp.27-44. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1986.
26. WEISS, R.D., MIRIN, S.M., GRIFFIN, M.L. Trastornos por abuso y dependencia de drogas y psicopatología. *Trastornos Psiquicos en las Toxicomanías*. Edic. Neurociencias. Barcelona 1992. Vol. 15-Nº 5 1991.

ANEXOS

ANEXO I



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad
 Dirección General de Salud

SERVICIO DE SALUD MENTAL

C.S.M./C.A.D. _____

Hospital _____

H.º N.º _____

Inicio tratamiento _____

Reingreso/fecha alta ant. _____

I. HOJA DE FILIACION

Fecha _____ Realizado por _____
 Nombre _____ Apellidos _____ Sexo _____
 Fecha y lugar de nacimiento _____ Edad _____
 Estado civil _____ Domicilio actual _____
 Teléfono _____

NIVEL EDUCATIVO

1. Analfabeto
2. Lee y escribe
3. Estudios Prim. (4.º EGB)
4. B. Elem/Grad. Escolar
5. B. Sup. /BUP
6. F.P.
7. Tit. Univ. Medio
8. Tit. Univ. Sup.

SITUACION LABORAL

1. Contratado fijo
2. Contratado eventual
3. Temporero
4. Subempleo
5. Parado sin subsidio
6. Parado con subsidio
7. Pensionista
8. Otros (especificar) _____

PROFESION

EDAD INICIO LABORAL

N.º de días trabajados en el último año _____

N.º de actividades laborales realizadas en el último año _____

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

1. M² _____
2. N.º de personas que comparten la vivienda _____
3. Modalidad: 1. Propia 2. Alquilada 3. Otras (especificar) _____

COBERTURA SANITARIA

1. Seguridad Social N.º _____
2. Beneficencia
3. Otras (especificar) _____

SITUACION JUDICIAL

- N.º de detenciones en el último año _____
- N.º de ingresos en prisión en el último año _____
- N.º de días en prisión en el último año _____
- Juicios pendientes _____

H.º N.º _____

PROCEDENCIA

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. EAP/Médico de cabecera | 8. Centros penitenciarios |
| 2. Especialista | 9. Centros de rehabilitación (C.T.) |
| 3. Hospital Gral./Unidad de desintoxicación | 10. Servicio de urgencias |
| 4. Hospital Psiquiátrico | 11. Otros C.S.M./C.A.D. |
| 5. Servicios sociales/S. Municipales | 12. Policía |
| 6. Inspección | 13. Juzgados/T.T.M. |
| 7. Iniciativa propia y/o familiar | 14. Otros (especificar) |

¿QUIEN HACE LA DEMANDA?**MOTIVO DE LA DEMANDA****TRATAMIENTOS ANTERIORES. TIPO Y FECHA. (Desintoxicaciones anteriores)****ACUDE ACOMPAÑADO POR:****MEDICO ASIGNADO:**

FECHA 1.º ENTREVISTA _____ Acude (sí/no) _____

TERAPEUTA ASIGNADO:

FECHA 1.º ENTREVISTA _____ Acude (sí/no) _____

TERAPEUTA ASIGNADO:

FECHA 1.º ENTREVISTA _____ Acude (sí/no) _____

CRONOLOGIA DE LA ADICCION:

- Droga por la que realiza la demanda.
- Año de inicio de consumo.
- Consumo medio actual (grs. de etano/día).
- Otras drogas consumidas actualmente.

H.º N.º _____

HIGIENE EN EL CONSUMO

- Vía de administración
 - Antecedentes VIH _____ HB _____
 - Uso de la jeringuilla
 - 1. Una por dosis
 - 2. Una para varias dosis
 - 3. Compartida siempre con la misma persona
 - 4. Compartida con otros toxicómanos
 - 5. Usadas de procedencia desconocida (Tachar lo que proceda)
- Anterior
- 1 2 3 4 5
- Actual
- 1 2 3 4 5
- Patología orgánica grave

EPISODIOS DE SOBREDOSIS/URGENCIAS HOSPITALARIAS (N.º y AÑO)

MOTIVO DE LA DEMANDA. RELATO LIBRE

ANEXO II

HISTORIA MEDICA

Fecha:.....

1) MOTIVO DE CONSULTA:

2) HISTORIA TOXICOLOGICA:

- Alcohol
- Opiáceos
- Cannabis
- Sedantes e hipnóticos
- Cocaína
- Anfetaminas
- Alucinógenos
- Tabaco
- Inhalantes
- Consumo actual o tiempo de abstinencia (últimos días):

3) ANTECEDENTES PERSONALES:

- Vacunación
- Alergias
- Otras enfermedades

4) ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Toxicológicos
- Otros

5) ANAMNESIS ACTUAL:

- Sistema nervioso
- Aparato digestivo
- Aparato respiratorio
- Sistema cardiocirculatorio
- Aparato génito-urinario
- Aparato locomotor
- Sistema endocrinometabólico
- Piel y faneras
- Otros

H.º N.º _____

HIGIENE EN EL CONSUMO

- Vía de administración
 - Antecedentes VIH _____ HB _____
 - Uso de la jeringuilla
 - 1. Una por dosis
 - 2. Una para varias dosis
 - 3. Compartida siempre con la misma persona
 - 4. Compartida con otros toxicómanos
 - 5. Usadas de procedencia desconocida
(Tachar lo que proceda)
- Anterior
- 1 2 3 4 5
- Actual
- 1 2 3 4 5
- Patología orgánica grave

EPISODIOS DE SOBREDOSIS/URGENCIAS HOSPITALARIAS (N.º y AÑO)

MOTIVO DE LA DEMANDA. RELATO LIBRE

ANEXO II

HISTORIA MEDICA

Fecha:.....

1) MOTIVO DE CONSULTA:**2) HISTORIA TOXICOLOGICA:**

- Alcohol
- Opiáceos
- Cannabis
- Sedantes e hipnóticos
- Cocaína
- Anfetaminas
- Alucinógenos
- Tabaco
- Inhalantes
- Consumo actual o tiempo de abstinencia (últimos días):

3) ANTECEDENTES PERSONALES:

- Vacunación
- Alergias
- Otras enfermedades

4) ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Toxicológicos
- Otros

5) ANAMNESIS ACTUAL:

- Sistema nervioso
- Aparato digestivo
- Aparato respiratorio
- Sistema cardiocirculatorio
- Aparato génito-urinario
- Aparato locomotor
- Sistema endocrinometabólico
- Piel y faneras
- Otros

6) EXPLORACION

- Peso: T.A.: Pulso: Tº:
- Exploración General
- Cabeza y cuello
- Tórax
- Abdomen
- Extremidades
- Sistema Nervioso

7) LISTA DE PROBLEMAS

8) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Fechas Pruebas					
V.I.H.					
V.H.B. HBs Ag HBe Ag Anti HBc Anti IgM Anti HBe Anti HBs					
V.H.D.					
V.H.C.					
LUES FTA/VDRL					
MANTOUX					
HEMATIES					
HB					
MTO					
LEUCOS					
LINFOS T4 T8					
PLAQUETAS					
GPT					
GGT					

9) DIAGNOSTICOS

10) TRATAMIENTO MEDICO INICIAL

H.º N.º _____

CONSUMO DE ALCOHOL

	MEDIDA C.I	CAPACIDAD EN CC C.II	N.º DE UNIDADES C.III	N.º DE UNIDADES C.IV
VINOS CHAMPAGNE X=12°	Chato	50 cc (48 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vaso, copa	100 cc (9,6 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1/2 botella	500 cc (48 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Botella	750 cc (72 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CERVEZA SIDRA X=6°	Vaso	100 cc (4,8 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Caña	166 cc (8 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Doble	285 cc (13,6 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Quinto botellín	200 cc (9,6 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mediana	333 cc (16 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1/2 botella	500 cc (24 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Botella	750 cc (36 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VERMOUTH, BITTERS X=17°	Vaso, copa	60 cc (8 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BRANDY, LICORES COGNAC, GINEBRA RON, ANIS CARAJILLOS X=39°	Carajillo	25 cc (7,8 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Copa	45 cc (14 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Combinado	70 cc (21,8 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
WHISKY X=43	Medio	40 cc (13,8 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Entero	70 cc (24 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Doble	130 cc (44,7 g.p.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GRAMOS TOTALES ALCOHOL PURO				

H.º N.º _____

VALORACION DEL SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA

- Períodos de abstinencia en el último año
- Tiempo de abstinencia actual
- Sintomatología de la abstinencia

	Cero puntos	Un punto	Dos puntos	Tres puntos
1. Ansiedad	No	+	++	+++
2. Sudoración	No	Sólo nocturna	Nocturna y diurna	Gran diaforesis (visible, ropa empapada)
3. Temblor	Inexistente o fino distal matutino	Fino distal permanente	Grosero distal permanente y comisuras labiales y lengua	Temblor generalizado palpable (incluso en pared abdominal)
4. Déficit de conciencia	No	Episodios nocturnos aislados de déficit discreto	Idem. Nocturnos y diurnos	Déficit notorio constante y persistente
5. Desorientación	No	Episodios aislados de desorientación alopsíquica	Idem de desorientación total (alo y autopsíquica)	Total constante y persistente
6. Trastornos de la percepción	No	"Pesadillas" y "visiones" (pseudolucinaciones únicamente nocturnas)	Alucinaciones visuales intermitentes (nocturnas y diurnas)	Alucinaciones visuales constantes, ilusiones, falsos reconocimientos
7. Trastornos de la memoria	No	Amnesias (o palimpsestos) lacunares referidas a la noche	Amnesias lacunares referidas al día y a la noche	Grandes lagunas amnésicas (de 12 horas o más)
8. Insomnio	No	Dificultad en conciliar el sueño o despertar precoz	Idem y sueño intermitente (más horas despierto que dormido)	Insomnio total
9. Hiperpirexia (central)	No	No	Febrícula	Fiebre
10. Psicomotricidad	Normal	Normal	Inquietud	Agitación
11. Delirio ocupacional	No	No	No	Sí

ANEXO III

I. VALORACION PSICOLOGICA

Fecha:
N.º Historia:

1. Motivo para iniciar el tratamiento (porqué, presiones). (Relato libre)
2. Porqué Subjetivo del consumo.
3. Qué espera del tratamiento. Cómo piensa que podría realizarse
4. Cómo se imagina una vez finalizado el tratamiento.
5. Historia toxicológica (evolución, características del consumo, etc.)

II. ANAMNESIS

III. SITUACION ACTUAL

(Familiar, de pareja, social, de ocio, laboral, legal y económica)

IV. EXPLORACION PSICOPATOLOGICA

1. Trastorno de la conciencia
2. Trastornos del sueño y la vigilia
3. Trastornos de atención, memoria y orientación
4. Trastornos del pensamiento
5. Trastornos de la sensopercepción
6. Temores y anancasmos. Ansiedad y somatizaciones
7. Trastornos de la vivencia del yo
8. Trastornos de la afectividad
9. Valoración clínica del nivel intelectual
10. Otros trastornos:
 - Psicomotricidad
 - Sexualidad
 - Alimentación
 - Ideación suicida

V. EXPLORACIONES PSICOLOGICAS COMPLEMENTARIAS

VI. ARBOL GENEALOGICO

ANEXO IV

PROTOCOLO DE VALORACION DE ENFERMERIA EN UAD/CAD

I. Alteraciones fisiológicas:

- Oxigenación/circulación
- Eliminación
- Ingesta
- Sentidos corporales
- Movilidad
- Sueños/descanso
- Dolor/bienestar
- Alteraciones secundarias al uso de sustancias psicotrópicas

II. Alteraciones del Comportamiento:

- Aspecto
- Nivel de conciencia
- Lenguaje
- Autocuidado
- Sexualidad

III. Alteraciones afectivas:

- Factores estresantes
- Motivación frente a la deshabitación
- Alteraciones de la comunicación
- Estado emocional

IV. Alteraciones intelectuales/cognitivas

- Funcionamiento cognitivo
- Memoria. Referida al tiempo: / espacio / persona: Presente/Remota
- Atención y concentración
- Pensamiento abstracto
- Alteración del pensamiento

V. Alteración socio-familiar:

- Modelo familiar
- Red social
- Modelo ocupacional-laboral

ANEXO V

HISTORIA SOCIAL

FECHA ___/___/___

N.º _____

I. SITUACION FAMILIAR

1. Características del Núcleo de convivencia
2. Otros familiares
3. Estructura y dinámica familiar:
 - Tipo de familia
 - Desempeño de Roles
 - Organización y capacidad de resolución de situaciones carenciales

II. SITUACION FORMATIVA Y CULTURAL

1. Nivel de Formación
2. Intereses formativos y culturales
3. Actividades de ocio y tiempo libre

III. SITUACION BORAL

1. Trabajo:
 - Trayectoria profesional
 - Relaciones personales en el medio laboral
 2. Desempleo:
 - Duración
 - Cartilla de paro
 - Prestación/subsidio
- Fecha de término:

IV. RELACION CON EL MEDIO

1. Procedencia
2. Tiempo de residencia en la zona
3. Características de la vivienda:
 - Localización
 - Régimen de tenencia
 - Espacio/Estado higiene/Salubridad
4. Pertenencia o participación en grupos de la Comunidad
5. Conocimiento, utilización y acceso a recursos comunitarios

ANEXO VI

EVALUACION

Fecha:
N.º.....

- A) MEDICA
- B) PSICOLOGICA
- C) ENFERMERIA
- D) SOCIAL

IMPRESION DIAGNOSTICA CIE-10

PLAN TERAPEUTICO INDIVIDUAL

PDX
PMM
PMM
PPS
PCT
PAR

ANEXO VII

SITCAM

 HOJA DE NOTIFICACION INDIVIDUAL
 DE ADMISION A TRATAMIENTO POR
 OPIACEOS O COCAINA

Matriz N.º 2791 A

Matriz N.º 2791 A

0. NUMERO HISTORIA (Asignado al paciente) 0

Separar por la línea de puntos

**ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTA HOJA LEA
 DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES
 QUE FIGURAN AL DORSO**

SITCAM
 HOJA DE NOTIFICACION INDIVIDUAL
 DE ADMISION A TRATAMIENTO POR
 OPIACEOS O COCAINA

1. N.º REGISTRO (Rellenar por C. Autónoma) 1
-
2. Fecha de admisión a tratamiento en el centro. 2 día mes año
-
3. Número de identificación del Centro 3
-
4. Código de identificación confidencial (*)
- 4.a Dos primeras letras de los dos apellidos 4.a
- 4.b Fecha de nacimiento 4.b
- 4.c Provincia de nacimiento (ver códigos al dorso) 4.c
-
5. Sexo. (Varón = 1; Mujer = 2) 5
-
6. Municipio de residencia (*) 6 (Rellenar por C. Autónoma)
-
7. Provincia de residencia (ver códigos al dorso) 7
-
8. Droga principal por la que se admite a tratamiento.
 Código del 01 al 04 y 09 (*) 8
-
9. Realización previa de algún tratamiento, por abuso/dependencia de la droga principal.
 (Sí = 1, No = 2, Desconocido = 9) (*) 9
-
10. Vía más frecuente de admisión de la droga principal en la actualidad (*) 10
- | | | | |
|-----------|--------------|---------------|----------------|
| 1. Oral | 3. Inhalada | 5. Esnifada | 9. Desconocida |
| 2. Fumada | 4. Inyectada | 6. Otras..... | |
-
11. Otras drogas consumidas (Durante los treinta días que preceden a la fecha de admisión a tratamiento. (*))
- 11.a
- 11.b
- 11.c
- 11.d
-
12. Año en que inició el consumo de la droga que motiva el tratamiento.
 (Poner dos últimas cifras. Si se desconoce la fecha exacta y no se puede estimar. Registrar: -9) 12
-
13. VIH (Positivo = 1, Negativo = 2, Desconocido = 9) 13

CODIGO DE DROGAS

- 01 Heroína
 02 Metadona
 03 Otros opiáceos
 04 Cocaína
 05 Cannabis
 06 Alucinógenos
 07 S. volátiles
 08 Anfetaminas
 09 Alcohol
 10 Benzodiazepinas
 97 Otras (espcf.)
 98 No otras drogas
 99 Desconocida

INSTRUCCIONES PARA SU CUMPLIMENTACION Y ENVIO

- Escribir en MAYUSCULAS y CON LETRA CLARA.
- Deben notificarse todos los casos que se admiten a tratamiento por abuso o dependencia de opiáceos o cocaína y alcohol.
- El cuestionario se cumplimentará rellenando las casillas situadas a la derecha del mismo.
- En todos los casos la cifra de unidades se colocará en la casilla situada más a la derecha.
- ENVIO: Para respetar la confidencialidad, antes de enviar su copia a la Comunidad Autónoma, se separará la solapa superior por la línea de puntos.

(*) NOTAS EXPLICATIVAS

Se entiende por ADMISION A TRATAMIENTO:

- La primera visita que se realiza en el Centro y en la que se abre una Historia Clínica (médica, social o psicología) en presencia de un profesional titulado (médico, psicólogo, enfermera, trabajador social, etc.)
- Toda persona tratada anteriormente en el Centro (cuenta ya con Historia Clínica), pero que había finalizado el tratamiento por alta, expulsión o abandono.
 - Los criterios de **alta** o **expulsión** serán los del propio centro.
 - Se entiende que un tratamiento se ha **abandonado** si cumple uno de los siguientes criterios:
 - Seis meses sin contacto físico con el Centro.
 - Dos entrevistas consecutivas (concertadas) falladas o negativas de asistencia a las mismas.

No se consideran admisiones a tratamientos los contactos personales o telefónicos que se establezcan para pedir información o solicitar tratamiento.

- (4) El **código de identificación**, diseñado a fin de permitir la eliminación de las admisiones que se refieren a la misma persona, pero sin que ésta pueda ser identificada, debe cumplimentarse, si es posible, con los datos provenientes del DNI. Para la variable 4a. No considerar los artículos, preposiciones y conjunciones que forman parte de los apellidos.
- (6) Se consignará el Municipio de Residencia habitual o en el que haya estado más tiempo los seis meses antes de la admisión o tratamiento. La codificación se realizará en la C. Autónoma.
- (8) Utilizar los códigos adjuntos. La droga principal sólo admite los códigos 01 a 04 y 09.
- (9) Tener en cuenta la información que da el paciente.
- (10) De no consumir en la actualidad la droga por la que se le admite tratamiento, consignar la vía más usada en el último período de su utilización.
- (11) En las casillas 11a, 11b, 11c, 11d se harán constar las 4 drogas consumidas durante los 30 días precedentes a la fecha de admisión a tratamiento. Utilizar los códigos adjuntos.
 - De ser más de cuatro, se harán constar las 4 más importantes clínicamente.
 - Si consume otras drogas que no aparecen codificadas, se cumplimentará la casilla correspondiente con '97' (OTRAS).
 - De ser menor de 4 el número de drogas secundarias consumidas, el resto de las casillas se llenarán con '98' (NO OTRAS DROGAS).
 - Si se desconoce la información sobre el consumo de otras drogas se cumplimenta con '99' (DESCONOCIDA).

CODIGOS DE PROVINCIAS

PROVINCIA	CODIGO	PROVINCIA	CODIGO	PROVINCIA	CODIGO	PROVINCIA	CODIGO
Alava	01	Coruña	15	Málaga	29	Tarragona	43
Albacete	02	Cuenca	16	Murcia	30	Teruel	44
Alicante	03	Gerona	17	Navarra	31	Toledo	45
Almería	04	Granada	18	Orense	32	Valencia	46
Avila	05	Guadalajara	19	Oviedo	33	Valladolid	47
Badajoz	06	Guipúzcoa	20	Palencia	34	Vizcaya	48
Baleares	07	Huelva	21	Palmas (Las)	35	Zamora	49
Barcelona	08	Huesca	22	Pontevedra	36	Zaragoza	50
Burgos	09	Jaén	23	Salamanca	37	Ceuta	51
Cáceres	10	León	24	S. Cruz de T.	38	Melilla	52
Cádiz	11	Lérida	25	Santander	39	Extranjero	53
Castellón	12	Logroño	26	Segovia	40	Desconocido	99
Ciudad Real	13	Lugo	27	Sevilla	41		
Córdoba	14	Madrid	28	Soria	42		