



Fondo Social Europeo



infocomisionadodroga.cas@juntadeandalucia.es



teléfono informativo: 900 84 50 40



JUNTA DE ANDALUCÍA



JUNTA DE ANDALUCÍA

Consejería de Asuntos Sociales

Comisionado para las Drogodependencias

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

COMUNIDAD TERAPÉUTICA en Andalucía

programa
de Intervención

AUTORES

Fernando Arenas Domínguez. Oficina del Comisionado para las Drogodependencias
Marías Del Valle Bermudo Albalá. Oficina del Comisionado para las Drogodependencias
Raquel López Medel. Fundación para la Atención a las Drogodependencias en Andalucía
Jesús Martín Pozas. Fundación Girasol.
Pastora Tirado Rodríguez. Oficina del Comisionado para las Drogodependencias

EDITA:

Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias.
Junta de Andalucía.

DISEÑO Y PRODUCCIÓN:

Trama Gestión

Depósito Legal: SE-659/2003
I.S.B.N.: 84-699-8372-5

Programa de Intervención en Comunidad Terapéutica en Andalucía

PRESENTACIÓN

Desde los inicios del Plan Andaluz sobre Drogas, las Comunidades Terapéuticas han jugado un papel fundamental en el proceso de intervención asistencial.

Durante todos estos años, han sabido responder a los cambiantes perfiles y necesidades de los usuarios que accedían a ellas, adaptándose a las nuevas realidades del fenómeno de las drogodependencias. Este proceso ha sido posible gracias a la labor desarrollada tanto por las Comunidades Públicas, como por las privadas concertadas integradas en la red asistencial.

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones contempla como uno de sus objetivos básicos la definición y homologación de los programas asistenciales, así como de los procedimientos de actuación. En esa línea, y fruto del consenso de un amplio equipo de profesionales de la red pública y concertada, se presenta este programa que servirá como referente futuro de las actividades que desarrolle este recurso, en aras a la obtención de mayores cotas de eficacia.

Facilitará también la aplicación de diversos indicadores de evaluación, que permitan alcanzar un mayor nivel de calidad en la atención dispensada y en las prestaciones y servicios ofertados.

ANDRÉS ESTRADA MORENO
COMISIONADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	9
2.- PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACIÓN	12
3.- CRITERIOS DE ADMISIÓN Y EXCLUSIÓN	13
3.1.- Criterios generales de admisión	13
3.2.- Criterios generales de exclusión	14
3.3.- Criterios específicos de admisión y exclusión	14
4.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y ESTANCIA	16
5.- OBJETIVOS Y ACTIVIDADES	20
5.1.- Objetivos generales	20
5.2.- Objetivos específicos	20
5.3.- Actividades	22
6.- METODOLOGÍA	23
6.1.- Enfoque metodológico	23
6.2.- Tiempo de estancia	24
6.3.- Tipos de alta	24
6.4.- Criterios de alta disciplinaria	25
7.- REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR	25
8.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	28
9.- EVALUACIÓN DE CALIDAD	29

ANEXOS

ANEXO I. Sobre la confidencialidad y la protección de datos	35
ANEXO II. Protocolo de derivación a comunidad terapéutica	37
ANEXO III. Modelo de Informe de Seguimiento y Lista de Espera de las CT	41
ANEXO IV. Comunicación de ingreso en CT	46
ANEXO V. Informes de seguimiento I y II	47
ANEXO VI. Informe de alta	49
ANEXO VII. Programa de mujeres embarazadas	50
ANEXO VIII. Programa de mujeres con hijos	54
ANEXO IX. Programa de menores	57
ANEXO X. Programa de parejas	60
ANEXO XI. Criterios a seguir con pacientes con indicación de Programa de Tratamiento con Metadona que demandan desintoxicación	68
ANEXO XII. Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento (CPT)	69

1. INTRODUCCIÓN

Las Comunidades Terapéuticas son un recurso especializado integrado en la Red de Atención a las Drogodependencias desde la creación del I Plan Andaluz sobre Drogas en el año 1987; aunque anteriormente ya existían otras Comunidades de titularidad privada.

Esta Red tiene una estructura específica, a caballo entre la Red Sanitaria y la de Servicios Sociales. Surgen inicialmente para atender a una población de adictos a opiáceos principalmente, siendo en el año 1995 cuando se abren a la atención a otros tipos de drogas. En este año además se avanza en relación al aumento de plazas, diversificación de programas, oferta específica para pacientes con patología dual, etc. En 1998, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, a instancia de la Consejería de Asuntos Sociales, crea la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias (FADA) para gestionar varias comunidades que habían sido conveniadas anteriormente con los Ayuntamientos donde se ubicaban dichas comunidades.

En la actualidad con motivo del cambio en los tipos de drogas de consumo, la aparición de las adicciones sin sustancias, el desarrollo adquirido por los programas de reducción de daños, etc. se hace necesaria una modificación tanto de los programas, en el sentido de unificar criterios de actuación, como en la oferta de los mismos. Así pues, y en cumplimiento de lo recogido en los objetivos del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se hace necesario “unificar el modelo y metodología de intervención en los distintos programas de atención”, en este caso el de intervención en comunidad terapéutica (CT), constituyendo por tanto el objetivo de este documento.

La evolución del recurso CT, desde 1988-2001, en Andalucía se puede observar en la Tabla 1, donde se recogen el número de CT, las plazas totales y los usuarios admitidos anualmente.

Desde mayo de 2001 existen 15 Comunidades Terapéuticas en Andalucía integradas en la red asistencial y se cuenta con un total de 354 plazas. De las 15 comunidades, 2 son de titularidad de la Consejería de Asuntos Sociales, 5 son gestionadas por la FADA y el resto se articulan a través de convenios entre la Consejería de Asuntos Sociales y entida-

des o asociaciones debidamente acreditadas para la actividad asistencial con personas con problemas de adicción.

TABLA 1: EVOLUCIÓN DE LAS CT DESDE 1988-2001 EN ANDALUCÍA

AÑO	RECURSOS	PLAZAS	USUARIOS
1988	8	61	108
1989	6	61	142
1990	9	176	298
1991	7	151	393
1992	9	161	373
1993	8	143	537
1994	11	208	747
1995	11	256	814
1996	11	296	796
1997	13	307	859
1998	13	321	712
1999	16	332	1.003
2000	17	388	993
2001	15(*)	354	1019

(*):Desde mayo-2001 no se incluyen las Viviendas de Apoyo al Tratamiento

Todas las comunidades deben estar **inscritas** en el Registro de Centros de la Consejería de Asuntos Sociales de acuerdo a lo establecido en el Decreto 87/1996 por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía (modificado por Decreto 102/2000, de 15 de marzo), requiriendo además la Autorización de la Consejería de Salud. Asimismo deben estar **acreditadas** en base a la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regula la acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes: esto supone una garantía y responsabilidad pública en relación a la calidad de la atención prestada ya que se regulan, entre otros, los requisitos que deben cumplir los centros. Dicha Orden será modificada próximamente, en la cual se especificarán las condiciones de calidad materiales y funcionales de acreditación de los centros de atención a drogodependientes y serán concretados aspectos como el personal técnico, la ratio técnico/paciente y los programas terapéuticos, entre otros.

El acceso a la comunidad se hace por indicación del terapeuta del Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA), donde el paciente inició tratamiento, sin que se puedan admitir usuarios desde otros dispositivos ajenos a la Red.

Actualmente la FADA es la encargada de recibir los protocolos de derivación y de gestionar las listas de espera para acceder a cualquier comunidad. A este respecto el “Convenio de colaboración entre la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía y la FADA para la atención a las Drogodependencias”, de fecha 4 de abril de 2001, recoge, en su estipulación segunda, la asunción por parte de la FADA de las siguientes actuaciones, en relación a las CT:

- “La gestión de ingresos de drogodependientes en Comunidades Terapéuticas (...) referidos tanto a Centros dependientes de la Consejería de Asuntos Sociales, como de las plazas concertadas en Centros cuya titularidad corresponda a otras Entidades públicas o privadas”.
- “Recepción de los protocolos de derivación de los drogodependientes remitidos”.
- “Elaboración y gestión de las listas de espera para ingreso en Centros, y remisión a los respectivos Centros derivadores”.

A continuación se recogen unos principios generales de actuación a modo de líneas directorias, pasando por reseñar los objetivos mínimos y metodología que se deben plantear en el trabajo en una CT así como la normativa de régimen interior, un consentimiento informado común y un sistema de evaluación de la calidad del servicio prestado.

2. PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACIÓN

Seguidamente se relacionan una serie de principios básicos, en consonancia con lo establecido en el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, cuyos objetivos son: homologar los programas y actuaciones, equiparar el nivel de calidad de las comunidades y favorecer la igualdad de oportunidades.

- **RESPONSABILIDAD PÚBLICA Y GRATUIDAD:** mediante la dotación por parte de los poderes públicos de recursos financieros para la consecución de los objetivos propuestos y ofreciendo así al ciudadano la gratuidad del servicio.
- **IGUALDAD Y UNIVERSALIDAD:** no discriminación por razón de raza, sexo, edad o creencias, así como trato humano y digno a la persona con problemas de adicción.
- **CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS:** se asegura la confidencialidad y protección de los datos de acuerdo a lo estipulado en la legislación correspondiente (Anexo I).
- **GLOBALIDAD E INTEGRALIDAD:** se realizará un tratamiento integral (médico, psicológico, socio-educativo, etc.) de la persona y no sobre aspectos parciales de la misma, abarcando los distintos momentos del proceso de tratamiento.
- **INDIVIDUALIZACIÓN:** el programa de tratamiento será individual para cada persona y adaptado a sus necesidades.
- **COMPLEMENTARIEDAD:** en las comunidades podrán convivir tanto los programas dirigidos a la abstinencia como los de reducción de riesgos y daños.

- **NORMALIZACIÓN E INTEGRACIÓN:** la CT es sólo un escalón en el proceso de tratamiento cuyo objetivo final es la incorporación en el medio social de procedencia.
- **COORDINACIÓN:** para la consecución de los objetivos se deberá actuar en coordinación con cuantas instituciones públicas o privadas sea necesario, estén o no dentro de la Red de Asistencia al Drogodependiente (Centros sanitarios, de Servicios Sociales, Educativos, Asociaciones, etc.). Así mismo la coordinación es prioritaria entre el Comisionado para las Drogodependencias, la FADA y los CTA.
- **PARTICIPACIÓN:** la persona con problemas de adicción tiene derecho a participar en su propia recuperación conociendo en todo momento la evolución de su tratamiento.

3. CRITERIOS DE ADMISIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Independientemente de que haya comunidades especializadas en programas concretos, según el tipo de droga, el sexo, la edad, etc. (cuyas plazas serán distribuidas por el Comisionado para las Drogodependencias en función de las necesidades y de la especialidad de cada comunidad, o del convenio establecido entre la Consejería de Asuntos Sociales y las CT), se tendrán en cuenta una serie de criterios, a la hora de admitir o excluir a las personas con problemas de adicción, con el objetivo de que el usuario aproveche al máximo su estancia en la comunidad.

3.1.- CRITERIOS GENERALES DE ADMISIÓN:

- Se atenderá **todo tipo de adicciones**.
- Todas las comunidades ofertarán **el tratamiento completo** que requiera el usuario (Desintoxicación, Deshabitación, Tratamiento con Metadona, etc.) teniendo en cuenta las indicaciones del equipo terapéutico del CTA.
- No habrá limitación en la **edad** del usuario, siempre y cuando pueda incluirse en la dinámica de la comunidad terapéutica.

- Se admitirán a todas las personas, independientemente del **sexo** y de la **orientación sexual**.
- Manifestar **voluntariedad** en la realización del tratamiento por parte de los usuarios (excepto en los casos en los que haya una imposición judicial).
- Podrán reingresar pacientes, inmediatamente, tras haber tenido una **recaída**, en los tres meses siguientes a su salida de comunidad por alta terapéutica. Siempre desde el consenso entre el terapeuta de referencia del CTA y el de la CT.

En caso de discrepancia entre el CTA y la CT se comunicará al Comisionado para las Drogodependencias para su valoración.

3.2.- CRITERIOS GENERALES DE EXCLUSIÓN:

- Padecer **enfermedades infecciosas** en fase aguda.
- Presentar **minusvalía física** que le imposibilite su autonomía.
- Presentar **trastorno psíquico severo** que le imposibilite la integración en el programa y la relación con compañeros y equipos.
- En caso de discrepancia o duda se comunicará al Comisionado para las Drogodependencias para su valoración.

3.3.- CRITERIOS ESPECÍFICOS DE ADMISIÓN Y EXCLUSIÓN:

Atendiendo al perfil del usuario se dan una serie de situaciones especiales, como son mujeres embarazadas o con hijos, parejas en tratamiento en comunidad, pacientes con indicación de Programa de Tratamiento con Metadona (PTM) que demandan desintoxicación y pacientes con patología dual, que requieren una actuación adaptada a sus necesidades. Se llevarán a cabo programas específicos con estos usuarios, en las comunidades adaptadas a estos perfiles. Además de los criterios generales establecidos en los puntos anteriores, en estos casos específicos, sólo se admitirán a los siguientes usuarios:

Mujeres embarazadas:

- En primer trimestre de embarazo o inicio del segundo (en el cuarto mes de gestación).
- Sin consumo activo y en situación de riesgo.

- En PTM, con dificultad de mantenerse sin consumos paralelos.
- En PTM con necesidades de reajuste de dosis.
- Con apoyo social y/o familiar de algún tipo, que permita la planificación de salidas terapéuticas contempladas en el programa.

Mujeres con hijos:

- Siempre y cuando los niños/as tengan una edad comprendida entre cero y tres años.
- El número de hijos en el programa será de un máximo de dos.

Parejas en tratamiento en comunidad:

- Que realicen su demanda en pareja.
- Casadas o de hecho reconocidas como tal por su entorno y por el centro emisor con un mínimo de seguimiento en el mismo. En caso contrario se definirá la pareja tras una entrevista de pre-admisión por parte del equipo de la comunidad.
- Que exista una definición de objetivos por parte del centro derivador.
- Con una evaluación de comorbilidades somáticas y/o psiquiátricas y de problemas sociales tanto individuales como de pareja que se pudiesen presentar y que necesitasen de un abordaje previo a la entrada en comunidad. En este sentido se evaluará el abordaje de los hijos en la comunidad siguiendo el programa específico para los mismos.

Pacientes con indicación de PTM y que demandan desintoxicación:

- Que la desintoxicación no pueda suponer una desestabilización de su patología psiquiátrica u orgánica.
- Que hayan tolerado los ajustes de su dosis de metadona y del resto de medicación que estuviera tomando en el ingreso (automedicación).
- Con buena adherencia al Programa Terapéutico y a la dinámica del centro.
- Que no consuman drogas durante su primera salida terapéutica, además de la consecución de gran parte de los objetivos planificados para la misma.

Pacientes con patología dual:

- En relación a los pacientes con patología dual recientemente se ha elaborado un “Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias” donde se contempla el procedimiento a seguir, estudio previo, derivación a la red correspondiente y actuación en caso de complicación psicopatológica.

4. PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y ESTANCIA

El ingreso en una CT se hace, únicamente, a través de un CTA público o privado-concertado, debidamente registrado y acreditado, perteneciente a la Red de Drogodependencias.

Una vez valorada la idoneidad de inclusión en el programa de comunidad por el equipo terapéutico del centro derivador se informará, amplia y detalladamente al paciente, acerca del recurso de comunidad terapéutica a través de folletos, videos, etc., que permitan un conocimiento previo del recurso al que va a ser derivado facilitando su posterior integración y aceptación del programa de comunidad terapéutica.

A continuación debe cumplimentarse inexcusablemente un **Protocolo de Derivación a Comunidad Terapéutica** (ver anexo II), el cual será enviado a la FADA para su inclusión en la lista de espera.

La documentación que se especifica en el protocolo debe estar suficientemente actualizada y completa para facilitar el trabajo de los técnicos de la CT, teniendo en cuenta que no se tramitarán, ni se incluirán en la lista de espera, aquellos protocolos que no tengan la documentación completa.

Una vez incluido en la lista de espera se podrá aplazar el ingreso del paciente (hasta un máximo de tres meses), debido a circunstancias familiares, como muerte de un familiar; sanitarias, como enfermedades graves; intervenciones quirúrgicas; o que sean derivados por Instituciones Penitenciarias (IIPP).

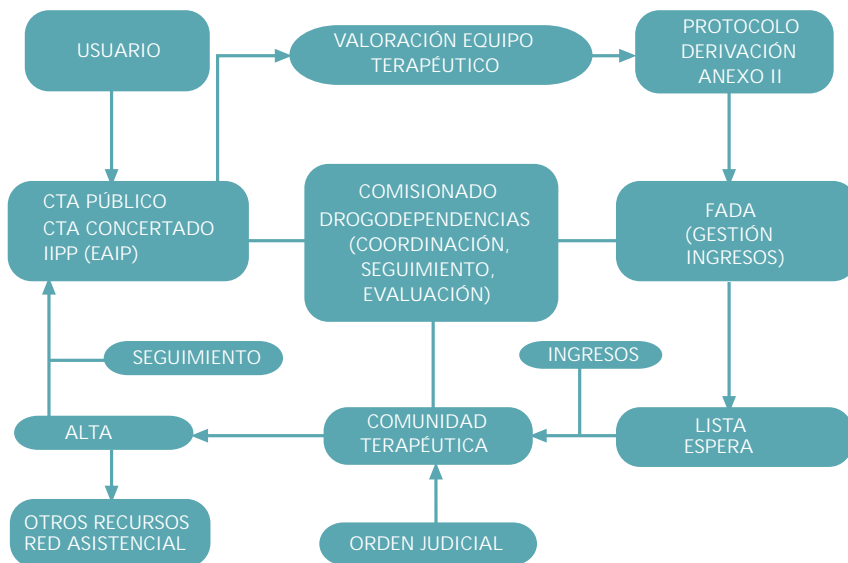
Los criterios de asignación de plaza se regirán en primer lugar por las plazas existentes, tanto a nivel público como concertado, según el perfil del paciente: droga principal de consumo, el sexo, la edad o circunstancia especial (embarazadas, madres con hijos, parejas); y en segundo lugar por la fecha de recepción del protocolo. Como consecuencia de esto se elaborará una lista de espera según el perfil del paciente, por lo que los protocolos irán abiertos, produciéndose el ingreso en la primera plaza vacante de cualquier CT que contemple ese perfil.

Cada 10 días la FADA emitirá un **Informe de Seguimiento y Lista de Espera de las CT** que constará de: **Plazas Ocupadas**, **Lista de Espera** e **Información adicional** sobre las CT relativo al índice de ocupación, tipos de alta, etc. Se añadirá además información acerca de las demandas sin ingreso y tipologías de alta, mensualmente, por provincias. Cada tres meses aparecerá información, por CTA, respecto a las tipologías de alta, las demandas sin ingreso (renuncias y no localización) y sobre los protocolos incompletos (incluyendo la causa y la subsanación). En el anexo III se ofrece un esquema de los datos que aparecen en dicho Informe.

Se entiende que el paciente, hasta que no ingresa en CT, es responsabilidad del CTA, y por tanto debe haber un seguimiento exhaustivo de todas las circunstancias que rodean al mismo. Igualmente, durante su estancia en CT, deberá existir una perfecta coordinación entre el CTA y ésta, sobre todo en las salidas terapéuticas de seguimiento.

Se puede observar todo este procedimiento y los recursos y entidades implicadas, en el siguiente circuito:

PROCEDIMIENTO DE INGRESO EN UNA CT Y COMPETENCIAS



No obstante lo anterior, se deberán seguir las siguientes **instrucciones**:

- I. En los pacientes VIH+, sólo se admitirán pruebas diagnósticas de TBC, con una fecha no superior a tres meses. Así mismo deberá aportarse el resultado de tres baciloscopias y fotocopias del informe de la Radiografía de Tórax.
- II. En protocolos de mujeres se exigirá un test de embarazo reciente, aconsejándose la insistencia en la búsqueda de posibles enfermedades de transmisión sexual.
- III. En el caso de menores en protección o con medidas judiciales, se deberá seguir el procedimiento establecido para el resto de los casos. Durante su estancia en la CT el director de la misma asume la guarda del menor hasta su salida por algún tipo de alta o fuga. Esta última circunstancia debe ser comunicada a la Delegación de Asuntos Sociales, o al Juzgado, que derivó al menor, así como al CTA que tramitó el protocolo de ingreso.
- IV. Los pacientes derivados por Instituciones Penitenciarias no deberán superar, en una misma CT, el 20% de los ingresados para evitar situaciones de conflictividad en la diná-

mica interna de la comunidad. En aquellos casos derivados por Orden Judicial, existe obligación expresa de proceder al ingreso aunque, por parte del organismo receptor de la Orden, se informará al Juzgado de las características del recurso y del procedimiento ordinario de ingreso.

- V. Las salidas de la CT, que tienen un objetivo terapéutico incluido en el programa, tendrán una duración total de entre 30 y 40 días, repartidos durante su estancia en la comunidad, en función del criterio del equipo terapéutico y de las características del paciente. Dichas salidas se comunicarán por escrito a la FADA, mensualmente, así como al CTA, con la antelación suficiente para que se pueda incluir en la terapia familiar que lleve el terapeuta de referencia.
- VI. El proceso de asignación de los protocolos de la Lista de Espera a las CT se realizará según las plazas que vayan quedando vacantes en cada CT. En función de las tipologías de altas se procederá como sigue:
 - **Altas terapéuticas:** la CT comunicará, mediante fax, a la FADA, con 15 días de antelación el alta prevista, para que ésta le asigne y envíe un nuevo protocolo. Este pasará a la lista “Proceso de Admisión” asignándole una fecha prevista de ingreso. A continuación la CT se encargará de gestionar con el CTA el ingreso del paciente previa comunicación al CTA de la fecha prevista de ingreso (ver modelo de comunicación en anexo IV).
 - **Altas voluntarias, disciplinarias y derivadas:** la CT comunicará inmediatamente, por fax, estas altas a la FADA y al CTA. En función del perfil del paciente, la FADA le asignará un nuevo protocolo de la Lista de Espera, estableciéndose un plazo de ingreso de uno a cinco días desde el alta. Si el paciente no es localizado por la CT, en un plazo de dos días contados a partir del alta, se pondrá en contacto con la FADA para que le asigne un nuevo protocolo.
- VII. Las comunidades deberán enviar, a los CTA derivadores, dos **informes de seguimiento** del paciente, uno después del período de adaptación y otro con una antelación de dos meses previos al alta, así como un **informe de alta** (independientemente del tipo de alta), que será remitido en un tiempo no superior a 10 días (ver anexos V y VI).
- VIII. Los pacientes, que salgan por alta terapéutica, y que tengan una recaída en los tres meses posteriores al alta, podrán reingresar, por indicación de su terapeuta de referencia, en la primera plaza vacante, según su perfil, de la misma CT. En este caso se deberá enviar un informe de actualización donde se incluyan las causas de la recaída y los

objetivos a conseguir. El período de estancia en la CT será corto con una intervención puntual en la recaída.

- IX. Si el alta fue voluntaria o disciplinaria, podrá reingresar en esa u otra CT, iniciándose de nuevo el procedimiento. En las altas derivadas el reingreso se producirá en la primera plaza vacante que haya, una vez finalizadas las circunstancias que motivaron la salida, siendo ocupada la plaza que deja por el siguiente paciente de la lista de espera. En este caso si el reingreso se retrasara demasiado sería valorado por el Comisionado para las Drogodependencias.
- X. Los pacientes que ocupen plaza privada en las CT con convenio con la Junta de Andalucía, no podrán acceder a una plaza concertada, sin pasar por el circuito anteriormente descrito.

5.- OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

5.1.- OBJETIVOS GENERALES:

- Facilitar la desintoxicación (en su caso), deshabituación y tratamientos con sustitutivos, de las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios, en un entorno controlado.
- Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su posterior incorporación social.
- Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Área sanitaria:

- Atender la sintomatología del Síndrome de Abstinencia Orgánico.
- Atender la patología orgánica y psiquiátrica asociada.
- Modificar y ajustar las dosis en el Programa de Tratamiento con Metadona.
- Formación en educación para la salud (prevenir enfermedades infecto-contagiosas, adquisición de hábitos saludables, etc.).

Área psicológica:

- Extinguir actitudes y conductas desadaptativas y aprender un repertorio de nuevos recursos personales favorecedores de un estilo de vida más saludable.
- Desarrollar la capacidad de autocontrol ante futuras situaciones conflictivas en relación a su adicción.
- Enseñar estrategias para el control de impulsos, manifestaciones agresivas, aceptación de normas, manejo de la ansiedad, aumento de la autoestima, etc.
- Entrenamiento en habilidades sociales y de asertividad así como el abordaje de problemas de relaciones interpersonales (familiares, de pareja, etc.) que faciliten su incorporación social.
- Análisis y prevención de recaídas o consumos esporádicos.
- Preparación de las salidas programadas de la comunidad terapéutica.

Área educativo-ocupacional:

- Normalizar los hábitos de los pacientes en cuanto a limpieza, puntualidad, asunción de responsabilidades, cumplimiento de normas, relaciones interpersonales, capacidad reflexiva, etc.
- Fomentar el aprovechamiento del Tiempo Libre.
- Facilitar la formación a nivel ocupacional y prelaboral.

Área social:

- Orientar a nivel socio-laboral para promover la inserción social mediante la coordinación con otros recursos.
- Informar y facilitar el acceso a otros recursos comunitarios.
- Orientar e informar durante el período de tratamiento sobre todas aquellas circunstancias penales, administrativas, económicas, laborales ..., del paciente.

5.3.- ACTIVIDADES

Área sanitaria:

- Diagnóstico, tratamiento y seguimiento médico correspondiente.
- Coordinación con Atención Primaria y Especializada de Salud.
- Talleres de formación en educación para la salud (talleres de prevención de ETS, VIH, sobre reducción de daños y riesgos, etc.).
- Custodia de fármacos.
- Control de la dieta alimenticia.

Área psicológica:

- Terapia individual.
- Terapia grupal.
- Intervención familiar.
- Técnicas de Relajación.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Entrenamiento en Prevención de Recaídas.
- Técnicas de mejora de la Autoestima e imagen personal.
- Otras que correspondan según el tipo de técnicas de intervención utilizadas y que sean coherentes con el programa terapéutico global.

Área educativo-ocupacional:

- Talleres de formación educativa y técnicas de estudio.
- Taller de orientación laboral.
- Cursos de F.P.O.
- Talleres ocupacionales diversificados.
- Actividades deportivas: gimnasia, fútbol, baloncesto, etc.

Área social:

- Seguimiento judicial: dirigida a pacientes con procedimientos administrativos o penales pendientes.
- Coordinación con recursos de incorporación social: dirigida a pacientes que necesiten ser derivados a Viviendas de Apoyo a la Reinserción, Centros de Día, Red de Artesanos,...
- Familiar: acogidas, entrevistas, etc.
- Otras actividades específicas que procedan a demanda de los pacientes según circunstancias sociales.

6. METODOLOGÍA

6.1.- ENFOQUE METODOLÓGICO

Las CT aplicarán un plan de tratamiento individualizado participativo, activo y positivo, que estará basado en las necesidades del paciente, con objetivos a corto y largo plazo y criterios de finalización del tratamiento. Se realizarán seguimiento y evaluación continuada de los objetivos planteados inicialmente con cada uno de los pacientes, así como el grado de cumplimiento de los mismos; los objetivos pueden verse modificados según los logros terapéuticos conseguidos; estos serán evaluables objetivamente y el plan de tratamiento individualizado incluirá un método para medir el progreso y resultados de las intervenciones.

Las intervención psicológica más utilizada en nuestras CT se hace desde una orientación cognitivo-conductual, no descartando el empleo de otras técnicas que puedan ser utilizadas de acuerdo a las necesidades detectadas en cada paciente.

Las salidas terapéuticas de las comunidades se realizarán una vez que se haya valorado la situación sociofamiliar de cada paciente, se llevarán a cabo en varios momentos del tratamiento, y su objetivo fundamental es el seguimiento del paciente en su CTA y su intervención con la familia (previa cita concertada) y la puesta en práctica de las indicaciones del terapeuta de la CT, por parte del paciente.

La atención a menores exige diversificar las actividades y flexibilizar los métodos de los programas de las comunidades terapéuticas. Los objetivos que se plantean con esta pobla-

ción precisan de una coordinación permanente y eficaz con los servicios de menores y el resto de recursos comunitarios a fin de profundizar en la normalización del menor. Debe igualmente propiciarse la implicación de la familia en la intervención.

En los casos de mujeres embarazadas o con hijos, menores, parejas y pacientes con indicación de PTM que demandan desintoxicación, se seguirá la metodología establecida en los anexos VII, VIII, IX, X y XI.

6.2.- TIEMPO DE ESTANCIA

Los criterios acerca de la duración de la estancia irán ligados al diagnóstico, problemática del paciente, metas individualizadas del tratamiento y procedimiento a aplicar; aunque como norma general el tiempo de estancia en comunidad no debe superar un máximo de nueve meses. Se considerará tiempo de estancia el comprendido entre el día del ingreso hasta el alta, sea de la tipología que sea.

En el caso de que el tiempo de estancia en la CT supere ampliamente los nueve meses, ésta deberá informar por escrito acerca de los motivos por los que se produce esta circunstancia y remitirlo a la FADA y al Comisionado para las Drogodependencias.

6.3.- TIPOS DE ALTA

Todos los pacientes tendrán historia biopsicosocial con especial atención a las pautas de consumo, síntomas derivados y problemática específica que aconseje la inclusión en la comunidad; en función de todos estos factores y de la evolución del paciente se considerará el tiempo de estancia en el programa.

Se considerarán los siguientes tipos de alta:

- **Alta Terapéutica:** se producirá en el momento en el que se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos con el paciente. Se incluirán aquellos casos en que el paciente modifica su demanda una vez ingresado, solicitando únicamente la desintoxicación. Aunque esto deba ser una excepción, si ocurre debe primar la demanda del paciente antes que el criterio del terapeuta derivador.

- **Alta Derivada:** se producirá cuando el paciente sea derivado a otro dispositivo antes de finalizar el tratamiento, por causas familiares, sanitarias o judiciales, ajenas al paciente y al equipo. En este caso cuando finalice esta circunstancia, el paciente podrá continuar con su tratamiento produciéndose el reingreso en la siguiente plaza vacante.
- **Alta Voluntaria:** cuando el paciente solicite el alta sin finalizar el proceso terapéutico.
- **Alta Disciplinaria:** cuando el paciente cumpla alguno de los criterios especificados para el alta disciplinaria.

6.4.- CRITERIOS DE ALTA DISCIPLINARIA

- Se considerarán criterios de alta disciplinaria los siguientes:
- Promover o participar en agresiones y discusiones violentas.
- Introducir y/o consumir dentro del centro cualquier tipo de droga, excepto tabaco.
- Dar positivo a tóxicos de forma reiterada en los controles toxicológicos tras las salidas terapéuticas del centro.
- Salir del centro durante su internamiento sin autorización de los responsables del mismo.

Cuando se produzca un alta disciplinaria de la CT, ésta deberá enviar un informe por escrito al Comisionado para las Drogodependencias, justificando los motivos de la misma.

7. REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR

Según la Orden de 28 de julio de 2000, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía, en el apartado 1.3 sobre requisitos funcionales dice que existirá un reglamento de régimen interior que regulará derechos y deberes de los usuarios, reglas de funcionamiento, régimen de admisiones y bajas; horarios del centro y de sus servicios; sistema de participación de los usuarios y/o tutores; régimen de visitas, de salidas y de comunicación con el exterior, y sistema de pago de servicios.

Aunque se entiende que se necesitan unas normas de convivencia en toda comunidad de personas, no hay que olvidar lo expuesto en el principio general segundo, de igualdad y uni-

versalidad, en lo referente al trato humano y digno a la persona con problemas de adicción. El Reglamento de Régimen Interior (RRI) debe respetar la intimidad y la libertad de la persona en cuanto a su modo de vestir, ideología y religión, relaciones con familiares, etc.

Debe aparecer reflejado en el RRI como mínimo lo siguiente:

Derechos de los usuarios:

1. A no ser discriminados por razón de raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancias personales o sociales.
2. A que se respete su personalidad, dignidad humana e intimidad .
3. A la confidencialidad en cualquier información relacionada con su proceso de tratamiento, incluido el secreto de su estancia, excepto si existe una petición judicial de algún dato de su Historia Clínica.
4. A la atención individualizada según sus necesidades específicas, proporcionándole una asistencia técnica correcta con los medios profesionales disponibles, y con los mínimos riesgos, dolor y molestias, tanto físicas como psíquicas.
5. A recibir información en lo referente a su proceso, pudiendo participar en la toma de decisiones.
6. A relacionarse con sus familiares a través del teléfono, visitas, etc. siempre reguladas según la fase del tratamiento y la dinámica de la CT.
7. A conocer los cauces formales para formular las quejas y sugerencias, debiendo existir unas hojas de reclamaciones así como un buzón de sugerencias.
8. A no continuar con el tratamiento solicitando el alta voluntaria, si así lo desea.
9. El familiar responsable tendrá derecho a ser informado sobre los tratamientos (previo consentimiento del usuario), a asistir y participar en las entrevistas que se concierten, así como a recibir información de aquellas decisiones urgentes que hayan de ser adoptadas en relación al usuario, y de aquellas que puedan incidir en la salud o situación del mismo.

Deberes de los usuarios:

De manera general los usuarios deberán:

1. Conocer, respetar y cumplir las normas establecidas en el RRI.
2. Participar en las actividades y programas que se realicen en el centro, tendentes al cumplimiento del programa de rehabilitación.
3. Respetar a los profesionales encargados de la atención al usuario, así como las decisiones que se tomen para el correcto cumplimiento del programa terapéutico.
4. El familiar responsable tiene el deber de conocer y cumplir el RRI, así como de cumplir las indicaciones que se establezcan para la correcta atención a los usuarios.

Reglas de funcionamiento:

En este apartado aparecerán las reglas específicas que cada comunidad establezca, en función del perfil del usuario, de las actividades, la estructura física del centro, etc. Estas reglas no deben ir en contra de los derechos y deberes de los usuarios, ni de la filosofía del programa de CT.

Régimen de admisiones y bajas:

Aquí figurarán los criterios de admisión, según el perfil del usuario y programas que se lleven a cabo en la CT, así como los criterios de alta, incluidos los criterios de alta disciplinaria, ya establecidos en apartados anteriores.

Horario de la CT:

Cada CT reflejará el horario de las distintas actividades, comunicación con el exterior, llamadas telefónicas, salidas, etc.

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a. de años de edad,
 con D.N.I. y domiciliado en,
 provincia de c/ , por medio del
 presente documento,

AUTORIZO/A al Centro perteneciente a
 la Entidad a ser sometido al tratamiento de mi
 adicción, en régimen residencial.

DECLARO/A HABER SIDO INFORMADO/A Y ADVERTIDO/A:

- Del Reglamento del Régimen Interior, de mis derechos y deberes, de las reglas de funcionamiento, del régimen de admisiones y bajas así como del horario del centro y de sus servicios, del régimen de visitas, salidas y de comunicación con el exterior.

Para posibilitar el buen desarrollo del programa ME COMPROMETO A:

- Respetar, aceptar y cumplir las normas del centro, contempladas en el Reglamento de Régimen Interior, a los profesionales y sus indicaciones.

El incumplimiento de este compromiso me puede llevar a la baja en la comunidad terapéutica. Habiendo sido informados y aceptando los compromisos reseñados, firman el presente.

CONSENTIMIENTO, en, a de de

Firmado y conformes

Firma del paciente

Firma del familiar responsable

Firma del Director/a

9. EVALUACIÓN DE CALIDAD

Hoy en día el concepto de calidad ha pasado a ser algo dinámico vinculado a los cambios de necesidades, preferencias y demandas de los usuarios. La calidad se ha convertido en un factor estratégico de importancia primordial para prestar de forma exitosa un servicio. En relación con la calidad asistencial podemos distinguir tres aspectos:

- Calidad Necesaria. Entendemos por calidad necesaria aquello que el usuario necesita y espera, aunque en ocasiones no sepa o pueda expresarlo con claridad. Requiere por tanto un interlocutor que comprenda al cliente y conozca el servicio.
- Calidad Programada. La calidad programada trata de ajustar lo que el usuario necesita y quiere con lo que la entidad puede ofrecerle. Precisa, pues, de una buena comunicación.
- Calidad Realizada. Finalmente entendemos por calidad realizada todo aquello que se consigue en la prestación del servicio. Depende del acuerdo entre quien diseña y programa y quién ejecuta.

La búsqueda de la calidad ha de ocuparse, por tanto, de estudiar este proceso dinámico y adaptarse a las necesidades y demandas de los usuarios. Un servicio tan sólo alcanza el nivel de calidad de excelencia cuando responde o satisface estas demandas y necesidades del grupo de usuarios al que va dirigido.

En la medida en que se cumplan los compromisos adquiridos entre cada CT y los usuarios, se podrá decir que se está prestando un servicio de calidad.

El II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (PASDA), plantea una evaluación del mismo basada en un **Sistema de Indicadores**, que analizan las actividades realizadas, la estructura disponible y los resultados obtenidos. Siguiendo esta línea, para la evaluación de las CT se tendrán en cuenta los siguientes indicadores específicos:

a) Indicadores de estructura:

a.1.- Indicadores de recursos humanos:

- Grado de adecuación del número de profesionales según CT y entidad de pertenencia y ratio profesional/usuario:

$$\frac{\frac{\Sigma \text{ horas semanales profesionales asistenciales}}{\text{horas (jornada completa)}}}{\text{Número de plazas teóricas}}$$

a.2.- Indicadores de recursos materiales:

- Grado de adecuación de plazas residenciales en CT según el número de indicaciones de ingreso así como de renunciadas. Desviación media respecto a la media regional.
- Número de CT ofertando tratamiento a las distintas adicciones según la demanda.
- Adecuación del número de CT con programas específicos por edad, sexo y adicción.
- Adecuación del número de CT que realizan cursos de FPO, adaptados a las necesidades de los usuarios, valorándolas previamente.
- Número y tipo de publicaciones anuales referentes a CT.
- Número de memorias anuales de la actividad de las CT.
- Número de documentos teóricos-metodológicos para la formulación de objetivos, actividades e indicadores de los programas de CT.
- Número de programas de formación específica de los profesionales de CT.

b) Indicadores de las actividades realizadas:

- Número de admisiones y readmisiones a tratamiento por tipo de adicción, edad y sexo, en términos absolutos por provincia y por CT.
- Número de pacientes derivados según CTA.
- Número de pacientes con cumplimiento de pena alternativa a prisión, por CT.
- Número de horas de intervención terapéutica por programa completo de tratamiento, según las distintas actividades en las diferentes áreas de intervención (intervención sanitaria, terapia individual, grupal, talleres de formación y de orientación laboral, etc.). Cada programa deberá tener descrito el número de intervenciones y horas de promedio que se realiza en un tratamiento completo.

c) Indicadores de resultados:

- Índice de ocupación por CT.
- Índice de retención por CT.
- Índice de rotación paciente/plaza por CT.

- Tiempo de espera para iniciar tratamiento por CT, por tipo de adicción, por edad y por sexo.
- Número y porcentaje de altas de los pacientes tratados en ese año: terapéuticas, voluntarias, disciplinarias, derivaciones, por provincia y CTA, por CT, por tipo de adicción, por edad y por sexo.
- Número y porcentaje de renunciaciones antes del ingreso, por CT y CTA, por provincia, por tipo de adicción, por sexo y por edad.
- Índice de rentabilidad: coste plaza teórica (presupuesto total anual/ estancias potenciales anuales), coste plaza real (presupuesto total real/ estancias reales anuales) y coste alta terapéutica (presupuesto total anual/ altas terapéuticas).
- Número y porcentaje de pacientes que continúan en activo en cualquier recurso de la Red, tras la finalización del tratamiento en CT, a 1 y 3 años, de su última alta terapéutica.
- Grado de satisfacción del paciente respecto al tratamiento realizado y del trato recibido. A través de un cuestionario que se rellenará tras el alta y será enviado al Comisionado para las Drogodependencias. Así mismo el Comisionado para las Drogodependencias realizará visitas a las CT de forma aleatoria y pasará los cuestionarios que estime oportuno.
- Grado de satisfacción por parte de los profesionales de la propia CT. A través de cuestionarios de percepción del ambiente y clima laboral por parte de los profesionales.
- Número y tipo de quejas y reclamaciones de los pacientes.

Como **instrumentos de evaluación** estarían las bases de datos para tratamiento estadístico de la información y un sistema de información que permita acceder al historial clínico de los usuarios garantizando la protección de los datos.

En cuanto a la evaluación de la calidad del servicio que presta la CT se podrían utilizar el diagrama de flujos, el benchmarking así como la creación de un grupo de calidad donde se trabajarían todos los temas relacionados con la calidad: la creación y validación de cuestionarios de satisfacción de usuarios, profesionales y de percepción del clima y ambiente, estrategias de mejora de la calidad, entre otros.

No obstante para medir el grado de satisfacción de usuarios se propone la utilización del **“Cuestionario de las percepciones del tratamiento”** validado en varios países europeos

por el grupo ERIT de expertos europeos sobre indicadores de calidad en comunidades terapéuticas para toxicómanos. Este cuestionario se utiliza en el Reino Unido en el hospital de Maudsley. Se ha traducido al español y se puede encontrar esta versión en el anexo XII de este documento.

Todos estos indicadores de evaluación constituirán el instrumento que permitirá evaluar el funcionamiento y la implantación de este programa, de manera que, en función de los resultados obtenidos, servirán para la suscripción de los convenios asistenciales.

ANEXOS

ANEXO I

SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

A continuación se hace un recorrido a través de la legislación vigente, donde se recogen los artículos más relevantes que tratan estos aspectos, sin excluir aquellos otros que, ampliarían la información y serían objeto de una consulta de la Ley en cuestión.

La Ley 30/92 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, artículo 37, hace referencia al “Derecho de acceso a Archivos y Registros” y establece en el punto 2 que *“El acceso a los documentos que contengan datos referentes a la intimidad de las personas estará reservado a éstas”*. Además el punto 3 recoge que *“El acceso a los documentos de carácter nominativo..., sin incluir otros datos pertenecientes a la intimidad de las personas,...podrá ser ejercido, además de por sus titulares, por terceros que acrediten un interés legítimo y directo.”* No obstante el punto 6 especifica que *“Se regirán por sus disposiciones específicas:...b)El acceso a documentos y expedientes que contengan datos sanitarios personales de los pacientes.”*

Ya en la Ley 4/1997 de prevención y asistencia en materia de drogas se garantiza la confidencialidad de los datos de los usuarios : *“...corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía...el establecimiento de un sistema centralizado de información y documentación sobre drogodependencias...con las debidas garantías del derecho al anonimato sobre los datos que se registren.”*(artículo 27.2.b).

Así mismo la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía en el Título II, Capítulo I “Derechos de los Ciudadanos” especifica, que los ciudadanos son titulares y disfrutan, entre otros, de los siguientes derechos: *“A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en cualquier centro sanitario.”* (artículo 6.1.f). *De la misma manera el artículo 6.1.3. expresa que “todo el personal sanitario y no sanitario de los centros y servicios sanitarios...quedan obligados a no revelar datos de su proceso, con excepción de la información necesaria en los casos y con los requisitos previstos expresamente en la legislación vigente.”*

Finalmente en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de 13 de diciembre de 1999, se alude, además de al **deber de secreto**

“El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero, o, en su caso, con el responsable del mismo.” (artículo 10),

a la **comunicación de datos**. En relación a ésta se recoge en el artículo 11 lo siguiente:

“1. Los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.

2. El consentimiento exigido en el apartado anterior no será preciso:

...d) Cuando la comunicación que deba efectuarse tenga por destinatario el Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o los Jueces o Tribunales o el Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas. Tampoco será preciso el consentimiento cuando la comunicación tenga como destinatario a instituciones autonómicas con funciones análogas al Defensor del Pueblo o al Tribunal de Cuentas. e) Cuando la cesión se produzca entre Administraciones públicas y tenga por objeto el tratamiento posterior de los datos con fines históricos, estadísticos y científicos.

f) Cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica....”

Igualmente “No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de *las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias*” (artículo 6.2 de esta última Ley).

ANEXO II PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A COMUNIDAD TERAPÉUTICA

1. DATOS PERSONALES

APELLIDOS: NOMBRE:
 FECHA DE NACIMIENTO: MUNICIPIO DE RESIDENCIA:
 DIRECCIÓN:
 PERSONA RESPONSABLE: TELF.:

2. CENTRO DERIVADOR: CÓDIGO:
 TERAPEUTA DE REFERENCIA: TLF.:

3. RESUMEN DE TRATAMIENTOS ANTERIORES

AÑO	LUGAR	PROGRAMA/RECURSO*	SALIDA**

*DXA: Desintox. Ambulatoria.
 UDH: Desintox. Hospitalaria
 UDR: Desintox. Rápida
 AD: Alta Disciplinaria.

PTM: Prog. Tto. Metadona
 SMA: Seguí. Ambulatorio
 CT: Comunidad Terapéutica

CD: Centro de Día
 VAR: Vivienda Apoyo Reinser.
 RA: Red de Artesanos

** AV: Alta Voluntaria.
 AD: Alta Derivada.
 AT: Alta Terapéutica

4. HISTORIA DE ADICCIÓN

TIPO DE ADICCIÓN*	TIPO DE ADICCIÓN ACTUAL	*AÑO DE INICIO DE LA ADICCIÓN	FRECUENCIA ÚLTIMO AÑO**	FRECUENCIA ÚLTIMO MES**	VÍA DE CONSUMO

*Tabaco, Alcohol, Cannabis, Anfetamina, Sedantes/Hipnóticos, Alucinógenos, Heroína, Cocaína, H+C, Otros opiáceos, Inhalantes, Metadona, etc.

**0: Ninguna, 1: <1 vez/mes, 2: 1-2 veces/mes, 3: 1 vez/semana, 4: 2-3 veces/semana, 5: Diario, 6: 2-3 veces día, 7: 4 ó más veces.

5. RESUMEN DE ANAMNESIS, EXPLORACIÓN, DIAGNÓSTICO (según DSM-IV), Y TRATAMIENTO ACTUAL

6. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (Anotar únicamente las desviaciones de la normalidad).

PRUEBA	FECHA	RESULTADO
HEMOGRAMA COMPLETO		
BIOQUÍMICA		
SEROLOGÍA		
ORINA		
MANTOUX		
BACILOSCOPIA		
INFORME RADIOGRAFÍA DE TÓRAX		
TEST DE EMBARAZO		
REVISIÓN GINECOLÓGICA		
OTRAS		

8. MOTIVO DE DERIVACIÓN A CT

MOTIVO DEL EQUIPO:

MOTIVO DEL PACIENTE:

9. ÁREA PSICOSOCIAL (Anamnesis personal y familiar, personalidad, habilidades, psicopatología, dinámica familiar, pruebas psicológicas practicadas).

10. SITUACIÓN JUDICIAL

11. LÍNEAS DE TRABAJO RECOMENDADAS EN COMUNIDAD

12. PLANTEAMIENTO DE TRABAJO AMBULATORIO ANTES O DURANTE ESTANCIA EN CT

13. SITUACIÓN ACTUAL

SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE *	SE PRECISA PARA EL PACIENTE *
Abstinentes a la droga principal	CT sin Desintoxicación
Consumen otras drogas actualmente	CT con Desintoxicación
En PMM	CT de PMM

* Marcar con una cruz la situación elegida en ambos bloques.

ANEXO AL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CT PARA PACIENTES EN PTM

1. DOSIS ACTUAL DE METADONA

MGR.

2. TRATAMIENTOS PREVIOS EN METADONA

Nº	FECHA DE INCLUSIÓN/REINICIO	REINICIO	FECHA DE SALIDA	DOSIS
1				
2				
3				
4				

3. ESPECIFICAR LA EXISTENCIA DE ABUSO O DEPENDENCIA A SUSTANCIAS NO OPIOIDES

4. MOTIVOS QUE HACEN INABORDABLE EL CASO A NIVEL AMBULATORIO

ANEXO III**MODELO DE INFORME DE SEGUIMIENTO Y LISTA DE ESPERA DE LAS CT**

Junta de Andalucía
Consejería de Asuntos Sociales
Comisionado para las Drogodependencias

F.A.D.A
(Fundación para la Atención de las
Drogodependencias en Andalucía)

INFORME DE SEGUIMIENTO Y LISTA DE ESPERA DE LAS CT

(aquí figuran relacionadas todas las CT públicas y concertadas de la Red Andaluza)

ANEXO III

MODELO DE INFORME DE SEGUIMIENTO Y LISTA DE ESPERA DE LAS CT

1. CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN DE PERFILES

(En esta hoja aparece un listado con los códigos y los perfiles que caracterizan a los usuarios y que determinan la lista de espera.

Los códigos suelen coincidir con las iniciales del perfil.

Los perfiles hacen referencia a las distintas tipologías de las drogas de consumo o situación del usuario como la edad, el sexo, etc.)

CÓDIGO	PERFIL

ANEXO III

MODELO DE INFORME DE SEGUIMIENTO Y LISTA DE ESPERA DE LAS CT

2. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS SEGÚN CT Y PERFIL. AÑO

(Aquí aparecen todas las plazas disponibles en cada CT y por perfiles tanto de las comunidades públicas como concertadas. Estas plazas pueden modificarse, según las necesidades, anualmente).

NOMBRE DE LA CT	PERFIL(*)	Nº DE PLAZAS

(*) La lista de espera se confecciona básicamente con los perfiles referidos a la edad y la tipología de drogas de consumo.

ANEXO III

MODELO DE INFORME DE SEGUIMIENTO Y LISTA DE ESPERA DE LAS CT

3. PLAZAS OCUPADAS

(En este apartado aparecen todos los pacientes ingresados en cada una de las CT de la Red Andaluza)

CENTRO DE REHABILITACIÓN:

Nº DE PLAZAS:

PLAZAS OCUPADAS AL:

ORDEN	PERFIL	CODAPEL(*)	C.DERIVADOR	F.I.(**)	F.R.(***)

(*): Clave de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT)

(**): Fecha de Ingreso.

(***) : Fecha de Recepción.

PROCESO DE ADMISIÓN:

(Aquí se relacionan aquellos usuarios que van a sustituir a las altas terapéuticas en la comunidad y que tienen una fecha de ingreso prevista)

ORDEN	PERFIL	CODAPEL	C.DERIVADOR	F.I.	F.R.

ANEXO III

MODELO DE INFORME DE SEGUIMIENTO Y LISTA DE ESPERA DE LAS CT

5. INFORMES ADICIONALES

5.1.- CADA 10 DÍAS:

- Informe de seguimiento y lista de espera actualizados.
- Índice de Ocupación por CT.
- Tipologías de alta por CT.
- Tiempo de espera del último ingreso, excepto los procedentes de IIPP.

5.2.- CADA MES POR PROVINCIAS:

- Tipología de altas.
- Demandas sin ingresos.

5.3.- CADA TRES MESES POR CENTRO DERIVADOR:

- Tipología de altas.
- Demandas sin ingresos:
 - Renuncias.
 - No localización
- Protocolos incompletos:
 - Causa.
 - Subsanación.

ANEXO IV COMUNICACIÓN DE INGRESO EN CT A LOS CTA DERIVADORES

COMUNIDAD: CTA DERIVADOR:
 TLF.-FAX: DIRECCIÓN:
 FECHA: LOCALIDAD-PROVINCIA:

Con objeto de facilitar la localización del paciente, se comunica a ese CTA que, próximamente, se producirán los siguientes ingresos :

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA RECEPCIÓN PROTOCOLO	POSIBLE FECHA INGRESO

Así mismo se adjunta anexo para información del paciente acerca de la localización de la CT, teléfono, horario de ingreso, cosas que deben traer, etc. (ESTE ANEXO LO HARÍA CADA CT).

EL DIRECTOR/A DE LA COMUNIDAD

Fdo.:

ANEXO V INFORME DE SEGUIMIENTO I (INICIAL)

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:
 FECHA INGRESO: CENTRO DERIVADOR
 TERAPEUTA DE REFERENCIA
 TFNO.: FAX:

2. ASPECTOS RELEVANTES DE SU INTEGRACIÓN EN LA DINÁMICA DEL CENTRO Y DE SU PERSONALIDAD

3. GRADO DE RESPONSABILIDAD (objetivos, responsabilidad que desempeña...).

4. OBJETIVOS GENERALES DE SU PROCESO DE TRATAMIENTO ACTUAL: Personal, Social, Familiar, Sanitario, Laboral-Ocupacional, Educativo, Tiempo libre, etc.

5. PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS GRUPALES

6. CURSO DE FPO.

7. DATOS DE INTERÉS A DESTACAR: aspecto sanitario, socio-educativo y judicial, salidas, indicación de vivienda de apoyo a la reinserción, biografía, historia de adicción...

8. OBSERVACIONES

LUGAR Y FECHA
EL TERAPEUTA

VºBº DIRECTOR/A

FDO.:

ANEXO V INFORME DE SEGUIMIENTO II

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA INGRESO: CENTRO DERIVADOR:

TERAPEUTA DE REFERENCIA:

TFNO.: FAX:

2. ASPECTOS RELEVANTES DE SU EVOLUCIÓN EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO

3. GRADO DE RESPONSABILIDAD (objetivos, responsabilidad que desempeña...).

4. OBJETIVOS GENERALES DE SU PROCESO DE TRATAMIENTO EN EL MOMENTO

ACTUAL: Personal, Social, Familiar, Sanitario, Laboral-Ocupacional, Educativo, Tiempo libre, etc.

5. PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS GRUPALES

6. EVOLUCIÓN EN EL CURSO DE FPO.

7. **DATOS DE INTERÉS A DESTACAR:** aspecto sanitario, socio-educativo y judicial, salidas, próxima alta, indicación de vivienda de apoyo a la reinserción, biografía, historia de adicción...

8. OBSERVACIONES

LUGAR Y FECHA
EL TERAPÉUTA

VºBº DIRECTOR/A

FDO.:

ANEXO VI INFORME DE ALTA

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA INGRESO: CENTRO DERIVADOR

TERAPEUTA DE REFERENCIA

2. DIAGNÓSTICO (DSM-IV) A SU ALTA. Tipo de alta y motivación en caso de ser voluntaria o disciplinaria.

3. ANAMNESIS FAMILIAR (bio-psico-social).

4. ANAMNESIS PERSONAL. HISTORIA DE ADICCIÓN

5. SITUACIÓN INICIAL

6. EVOLUCIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y OBJETIVOS CONSEGUIDOS

Intervención:

- A nivel individual.
- A nivel grupal.

Dinámica:

- A nivel psicológico.
- A nivel educativo.
- A nivel sanitario.

7. DERIVACIÓN Y PROPUESTA TERAPÉUTICA

8. OBSERVACIONES

LUGAR Y FECHA
EL TERAPÉUTA

VºBº DIRECTOR/A

FDO.:

ANEXO VII PROGRAMA DE MUJERES EMBARAZADAS

1. INTRODUCCIÓN

Con este programa pretendemos dar respuesta a un problema real en el caso de las mujeres embarazadas con un problema de adicción y probablemente, con algunas de las enfermedades asociadas a esta.

Es importante el tratamiento de estas mujeres, con el fin último de conseguir una mujer sana, o con la patología que presente controlada y tratada, además de un niño sano, que con el tiempo será un adulto sano. Todo esto si desde un primer momento se interviene con la futura madre, adquiriendo esta las habilidades necesarias para la educación, el seguimiento sanitario, el cuidado del niño, etc, en definitiva, las habilidades necesarias para una maternidad responsable. No por ello hemos de olvidar que, no en todos los casos, la Comunidad es el recurso más adecuado, sino que es necesario tener en cuenta unos criterios de ingreso y una valoración por parte del Equipo del CTA de la situación y del estado en que se encuentra la embarazada.

2. CRITERIOS DE INGRESO

- Embarazadas en primer trimestre de embarazo o inicio del segundo (en el cuarto mes de gestación).
- Embarazadas sin consumo activo y en situación de riesgo.
- Embarazadas en PTM, con dificultad de mantenerse sin consumos paralelos.
- Embarazadas en PTM con necesidad de reajuste de dosis.
- Embarazadas con apoyo social y/o familiar de algún tipo, que permita la planificación de salidas terapéuticas contempladas en el Programa.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Responsabilizar en su futuro como madre

2. Iniciar su aprendizaje en “como cuidar a un hijo”.
3. Aceptar los cambios que tras el nacimiento de su hijo, tendrá su vida.
4. Educar en la importancia de su salud para la de su futuro hijo.
5. Prevención de los trastornos mentales del postparto.

4. METODOLOGÍA

La mujer embarazada seguirá el **mismo programa terapéutico** que el resto de los/as usuarios/as de la CT. con la excepción de una mayor **intervención psicopedagógica** orientada a su formación como futuras madres, intervención que se traducirá en sesiones individuales de carácter semanal con los educadores de la CT. De igual forma, el **seguimiento médico-sanitario**, tanto por parte del personal de la CT como de los recursos externos, serán mayores, adaptándonos a los requerimientos que toda mujer embarazada debe seguir, y en el caso de nuestras usuarias, de forma más exhaustiva al ser considerado “embarazo de alto riesgo”.

5. DERIVACIÓN A COMUNIDAD

El proceso de derivación será en líneas generales igual a cualquier otro, y además de las pruebas habituales, se adjuntará una copia de la cartilla maternal actualizada y, dependiendo del **mes de gestación** en que se encuentre, lo siguiente:

1. **Primer trimestre o inicio del segundo:** la copia de actualización de la cartilla maternal, tratamientos que realiza la semana anterior a su ingreso y un informe médico lo más exhaustivo posible.
2. **Segundo trimestre ya avanzado:** actualización con fecha no superior a una semana de su cartilla maternal, debe traer la medicación que esté tomando. Es necesario que su expediente sanitario haya sido trasladado desde su hospital de referencia al del Centro con fecha para la cita más inmediata. Incluso valorar la conveniencia de su no ingreso hasta después del parto, en cuyo caso entraría en el programa “Madres con hijos”.

6. INTERVENCIÓN EN COMUNIDAD SEGÚN MES DE GESTACIÓN AL INGRESO

6.1. Primer trimestre o inicio del segundo:

A nivel sanitario si la última revisión y/o analítica de este periodo del embarazo es reciente y trae medicación para un mes, el Centro puede tener tiempo de incluirla en el sistema sanitario de referencia antes de la necesidad del siguiente control, de manera que tenga las citas necesarias para su situación, sobre todo si además tiene patologías y tratamientos asociados que necesiten de revisiones frecuentes tanto por el personal sanitario del Centro como de los recursos externos.

A nivel psicoterapéutico y psicopedagógico, se realizará un programa más intensivo de manera que el alta terapéutica se produzca antes del parto.

6.2. Segundo trimestre ya avanzado:

A nivel sanitario, debe aportar al personal sanitario del Centro su cartilla maternal actualizada con fecha no superior a una semana previa al ingreso, debe traer la medicación que esté tomando y la cita para la próxima revisión; para ello es necesario que su expediente sanitario haya sido trasladado desde su hospital de referencia al de referencia de la C.T, de manera que el seguimiento que debe tener se le asegure, y la continuidad del tratamiento, habida cuenta que a partir de este momento del embarazo el seguimiento es más frecuente (32 semana de embarazo a la 38 las revisiones son quincenales y a partir de la 38 semana son semanales, teniendo en cuenta que desde la 30 semana aproximadamente debe hacer el curso de Preparación al parto). Hemos de tener en cuenta que muy posiblemente esta paciente se ponga de parto en la C.T.

A nivel psicoterapéutico y psicopedagógico, planteamos una intervención intensiva, siempre que la adaptación de la usuaria al Centro lo permita, de forma que cuando llegue el momento del parto se haya conseguido

unos mínimos objetivos de tratamiento que le permitan hacer frente a su situación de madre, responsable de una persona que depende de ella y a la que ha de garantizarle todos los cuidados y derechos que tiene.

6. 3. En ambos casos:

A nivel social, es fundamental que la paciente tenga el apoyo de familiares o de algún recurso que se responsabilice junto con nosotros de su asistencia y seguimiento tras el parto.

El personal de la comunidad, necesitará de **formación** básica de asistencia y control del parto que les de seguridad y capacidad de resolución de la situación de urgencia en la que se pueden encontrar si el parto se presenta en ausencia de personal sanitario en el Centro y/o hay tardanza entre que se avisa y llega la ambulancia para su traslado a un Centro Hospitalario. Con esta formación también garantizamos que la usuaria recibe una atención adecuada en un momento difícil.

Además, de una formación en puericultura que nos permita asistir al niño y evaluar que la madre lo hace correctamente para, si no es así, orientarla hacia la forma correcta.

7. INTERVENCIÓN TRAS EL PARTO

7.1.- **Si existe apoyo familiar o social**, que se haga responsable de la usuaria y su hijo, se le hace un alta derivada tras la cual regresa al Centro con su hijo y la asumimos como nuevo caso especial de “madre con hijos” contemplado en el programa. Este tiempo de alta, permite que la paciente se recupere y el recién nacido adquiera madurez.

7.2.- **Si no existe apoyo externo a C.T.** Se considera fundamental la existencia del apoyo familiar o social gestionado antes de su ingreso en comunidad, pues en caso de complicaciones tras el parto tanto de la madre como del recién nacido o incluso un parto prematuro, situación frecuente en este tipo de embarazos asociado a adicciones, la C.T. no debe asumir esta responsabilidad, ya que entra en un ámbito de asistencia diferente al que realizamos .

ANEXO VIII PROGRAMA DE MUJERES CON HIJOS

1. INTRODUCCIÓN

La maternidad es un estado fuertemente idealizado por las drogodependientes. En ella se proyectan los deseos de reparación de una vida marcada por la marginalidad, la inestabilidad y las carencias afectivas.

Con frecuencia los hijos representan el único punto de anclaje que estas tienen con la posibilidad de normalizar sus hábitos de vida.

Los hijos de la mujer drogodependiente suelen presentar trastornos específicos: agresividad, hiperactividad, trastornos del sueño, de la alimentación, etc... Estas características tienden a modificarse cuando la madre pierde el sentimiento de culpa de una atención inadecuada y comienza a mantener con ellos una relación normalizada, como muestra una experiencia, iniciada y mantenida, en un centro de acogida para el abordaje de la relación de padres drogodependientes con sus hijos en Ginebra. Al normalizar la relación madre e hijo intentamos que en el futuro este hijo adulto no reproduzca las pautas de conducta anómalas de sus progenitores.

2. CRITERIOS DE ADMISIÓN:

- Siempre y cuando los niños/as tengan una edad comprendida entre cero y tres años.
- El número de hijos en el programa será de un máximo de dos.

3. OBJETIVOS:

1. Asunción de sus responsabilidades como madre y la importancia que tiene en el desarrollo integral de su hijo.
2. Desarrollar el potencial educativo del juego en el proceso evolutivo del niño y su valor como instrumento en la relación madre-hijo.
3. Abordar el sentimiento de culpa que aparece al ejercer su autoridad marcando los límites de conducta con su hijo.

4. Iniciar a la madre en la importancia del lenguaje afectivo.
5. Implicar a la madre en el crecimiento psíquico-físico de su hijo.
6. Educar para la salud: alimentación, higiene, pautas de actuación ante las enfermedades infantiles evolutivas típicas, etc.
7. Modificar la conducta desadaptativa del hijo desde la normalización de la conducta de la madre.
8. Normalizar los hábitos de vida del niño, facilitándole la relación con sus iguales a través de su asistencia a guarderías, etc.

4. METODOLOGÍA

La madre realizará el programa terapéutico de la CT como cualquier otro usuario/a con la diferencia de una mayor intervención psicopedagógica en el proceso terapéutico a través de entrevistas individuales semanales con los educadores de la CT para la consecución de los objetivos establecidos en el programa específico para madres con hijos.

Dentro del proceso de normalización del niño, este acudirá a guardería-escuela infantil pública para desarrollar relaciones con su grupo de iguales. Recibirá asistencia psicológica y pedagógica si esta es considerada necesaria.

La CT estará dotada de una sala de juego infantil.

Desde el momento del ingreso la madre asume la responsabilidad de la atención a su hijo. El personal de la CT no siempre puede hacerse cargo de él/ella. Esto supone que su proceso de adaptación a comunidad sea más lento, puesto que la atención no está centrada en ella, además tendrá que hacer frente a las presiones de algunas compañeras en las que la presencia del niño/a despierta sentimientos encontrados por el abandono de sus propios hijos/as, resistiendo a reconocer el esfuerzo realizado de esta madre al someterse a tratamiento con su hijo. Esta situación es abordada con la madre y el resto de los/as usuarias por el equipo terapéutico.

La CT pondrá en conocimiento de la madre, que la más mínima situación de maltrato al pequeño supondría su alta disciplinaria de la comunidad y el aviso de dicha situación al Servicio de Atención al Niño (SAN) de la Delegación de Asuntos Sociales de su provincia. De

igual forma el abandono del tratamiento de forma voluntaria, sin causa justificada determinará que el equipo terapéutico informe al SAN de la situación del menor, en caso de detectarse una situación de desamparo.

5. DERIVACIÓN A COMUNIDAD

Se hace necesario la inclusión de un informe del menor en el que se reflejen:

- Enfermedades infantiles que ha pasado.
- Calendario vacunal actualizado conforme a su edad
- Cartilla de revisión de niños sanos lo más actualizada posible .
- Resto de pruebas iguales a las del adulto

El objetivo de este protocolo de derivación es prevenir en la medida de lo posible la aparición de ciertas enfermedades infantiles que pueden afectar a adultos no inmunizados y sobre todo teniendo en cuenta la presencia en comunidad de usuarios/as VIH+, para los cuales estas enfermedades suponen un riesgo importante.

ANEXO IX PROGRAMA DE MENORES

1. INTRODUCCIÓN

Hemos de tener en cuenta que partimos de una población que en la mayoría de los casos presentan una importante desestructuración familiar y social, con grandes carencias a todos los niveles, por lo que es prácticamente imposible contar con un apoyo que refuerce el trabajo hecho en comunidad una vez que el menor deba empezar a tomar contacto con su entorno. Hemos de tener en cuenta que en numerosas ocasiones es este entorno el facilitador de consumo de drogas siendo vivido por el menor como una forma de vida adecuada y fácil.

A pesar de esta dificultad las **salidas** en la evolución del menor se contemplan como algo importante en el programa terapéutico, puesto que de esta forma el menor podrá poner en práctica y generalizar el aprendizaje adquirido, resolver los problemas que se le presenten y ser responsable de su conducta. Iniciando poco a poco una adecuada reinserción.

2. OBJETIVOS:

- Abstinencia de drogas.
- Maduración del menor.
- Extinción de las conductas desadaptativas.
- Desarrollo de nuevas conductas.
- Cambio a un estilo de vida más saludable.
- Adquirir y recuperar hábitos laborales.
- Reinserción socio-laboral.

3. METODOLOGÍA

Los **primeros momentos de vida en comunidad** van encaminados a desmitificar el mundo de la droga, haciendo que el menor se implique en actividades a las cuales les vea una posible utilidad en el exterior y a romper roles adquiridos que les obligan a mantener un comportamiento determinado, generalmente de “cabecilla”. En estos inicios la mayoría de las

actividades laborales son en exteriores y con empleo de actividad física e implicación en **actividades deportivas**. De la misma manera es importante que empiecen a **asumir una normativa** de convivencia con el resto de los usuarios del centro y personal del mismo, de forma que puedan aprender de modelos distintos a los que están acostumbrados.

Poco a poco la participación en actividades del centro se van ampliando, colaborando en los trabajos de limpieza, cocina, etc., para que en un futuro sean capaces de tener autonomía suficiente.

Esta implicación en las tareas tienen como objetivo que el menor acepte y asuma responsabilidades, aprender distintos trabajos y colaborar en el mantenimiento de la CT.

3.1.- **A nivel psicológico** participan de terapias individuales y grupales:

- A nivel grupal se trabaja: la **autoestima** que en este colectivo suele ser bastante baja; la **agresividad** que suele alcanzar altas cotas en esta población pues a veces es la forma de relación que conocen y la única manera de conseguir lo que se proponen; el **control de impulsos** que en estos menores es prácticamente inexistente, pues siendo una característica común a numerosos jóvenes, en estos en la mayoría de los casos no ha habido un aprendizaje en el manejo de los mismos; se emplean **técnicas de relajación**; **grupos de habilidades sociales**: aprender a comunicarse, resolución de problemas, manejo de dinero dándole a este el valor que tiene y no considerarlo como un fin; **expresión de sentimientos** con el fin de perder el miedo a hablar en público, fomentar el sentimiento de participación e integración y revisar y resolver los conflictos interpersonales que pueden surgir de una convivencia; **taller de cuentos**.
- A nivel individual se trabaja: la problemática personal, se individualizan los contenidos trabajados en los grupos, a la vez que nos permite obtener una visión global del proceso del cambio del sujeto.

3.2.- **A nivel educativo** las actividades van encaminadas inicialmente a estimularles para adquirir nuevos conocimientos de forma dinámica y participativa, a encontrar un sentido a unos estudios que ellos han rechazado en su proceso de maduración. Por todo ello dicha enseñanza no puede, al menos en principio, realizarse en un aula sino que hay que romper

el concepto que de la misma ellos tienen como algo aburrido e inútil para su vida. Estos jóvenes necesitan encontrar un sentido y una utilidad a todo aquello que hacen de ahí la importancia de una motivación que les estimule a adquirir nuevas metas en sus vidas, labor fundamental de los educadores en este colectivo.

En definitiva se pretende aumentar el nivel cultural, fomentando el interés por la misma, estimular su capacidad intelectual, adquirir unos conocimientos básicos que faciliten su mayor integración socio-laboral, educar en actitudes prosociales y educación en valores (amistad, lealtad, honestidad, sinceridad, etc.).

Aquí es también importante el aprendizaje en saber ocupar el tiempo libre para lo cual se trabajan **actividades recreativas** que aumenten su capacidad manipulativa, la creatividad, la constancia, la paciencia, el interés por un trabajo bien hecho y terminado y el interés por actividades gratificantes. Sin olvidar la importancia del deporte. Esto lo conseguiremos mediante talleres culturales (por ejemplo de teatro), debates, tutorías individuales, expresión corporal (para conocer el propio cuerpo, perder el miedo al ridículo y facilitar la desinhibición, aprender a utilizar el cuerpo como medio de expresión, potenciar la espontaneidad y creatividad.)

3.3.- A nivel sanitario: se realiza la desintoxicación (en su caso), la asistencia médica en patología común, se les forma para alcanzar un estilo de vida saludable mediante una dieta equilibrada, normas de higiene personal, campañas de vacunación acorde con su edad y con enfermedades de riesgo en este colectivo, todo ello incluido en un programa de educación para la salud adaptado a estos usuarios.

3.4.- A nivel social se les proporciona toda la orientación necesaria para la resolución de sus asuntos judiciales, obtención de documentación dependiendo de la edad del menor, se les facilita el acceso a cursos de FPO. En este campo la intervención difiere poco de la del adulto en cualquier comunidad.

La última fase del proceso para la consecución de los objetivos previstos sería la incorporación paulatina a medios lo más normalizados posibles que les permitan conocer otros estilos de vida. De ahí la importancia de las salidas terapéuticas tal como decíamos al principio.

ANEXO X PROGRAMA DE PAREJAS

1. INTRODUCCIÓN

La pareja constituye un elemento de socialización en cuyo seno el ser humano desarrolla valores esenciales de tolerancia y de convivencia.

La pareja, sobre todo si su funcionamiento tiene un fuerte componente patológico, puede representar un elemento de interferencia en el proceso terapéutico de un drogodependiente. Por otro lado, puede ser también un elemento integrador en torno al cual se estructuren proyectos que sirvan de soporte a su proceso terapéutico.

Desde el Comisionado para las Drogodependencias, a través de FADA, se pretende dar una respuesta a la demanda que viene siendo cada vez mayor de parejas que por diferentes razones no desean separarse para someterse a tratamiento en medio residencial.

La pareja forma parte de la realidad de muchos individuos y puede servir de elemento esencial al apoyo psicológico y al desarrollo de un proyecto de vida compartida donde abordar una parte de las dificultades relacionales del paciente.

2. CRITERIOS DE ADMISIÓN

- Que realicen su demanda en pareja.
- Casadas o de hecho reconocidas como tal por su entorno y por el centro emisor con un mínimo de seguimiento en el mismo. En caso contrario se definirá la pareja tras una entrevista de pre-admisión por parte del equipo de la comunidad.
- Que exista una definición de objetivos por parte del centro derivador.
- Con una evaluación de comorbilidades somáticas y/o psiquiátricas y de problemas sociales tanto individuales como de pareja que se pudiesen presentar y que necesitasen de un abordaje previo a la entrada en comunidad. En este sentido se evaluará el abordaje de los hijos en la comunidad siguiendo el programa específico para los mismos.

3. METODOLOGÍA, OBJETIVOS Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

El programa terapéutico de la CT se estructura bajo el abordaje individual del drogodependiente, pero considera que un enfoque psicopedagógico de la pareja puede servir, efectivamente, de soporte a su tratamiento en una Comunidad Terapéutica, aunque no se contemplan los trastornos de la relación de pareja como indicación para el tratamiento.

El tratamiento de cada paciente se llevará a cabo por un terapeuta referente asignado para cada paciente. El abordaje específico de pareja se realizará desde un plano psicopedagógico por un tercer terapeuta que los verá cada 15 días. Su enfoque no será de terapia de pareja, aunque esta se pueda proponer o incluso organizar como un objetivo terapéutico tras el alta terapéutica. Se tratarán aspectos específicos de su funcionamiento a través del trabajo sobre los valores que pueden desarrollarse en su seno: responsabilidad, solidaridad, tolerancia, reconocimiento mutuo... así como elementos de su funcionamiento en la vida cotidiana: roles, sexualidad, temas de salud en general, organización compartida de la vida de pareja o de familia...

El abordaje psicoterapéutico de la pareja está orientado a la reparación del funcionamiento impulsivo, fusional y codependiente característicos de este tipo de trastornos. Este se realizará utilizando como base un trabajo de reestructuración cognitiva accediendo y modificando los esquemas de pensamiento disfuncionales.

A continuación se detalla de forma esquemática la metodología y los diferentes objetivos específicos:

Admisión:	Abordaje Individual
2 semanas:	<ul style="list-style-type: none"> - Instalación y adaptación a la comunidad: explicación del programa de tratamiento.. - Balance médico-psico-social y pedagógico de entrada - Establecimiento de los primeros objetivos terapéuticos individuales: medicación, desintoxicación... - Contacto con el terapeuta referente. - Primera entrevista de pareja

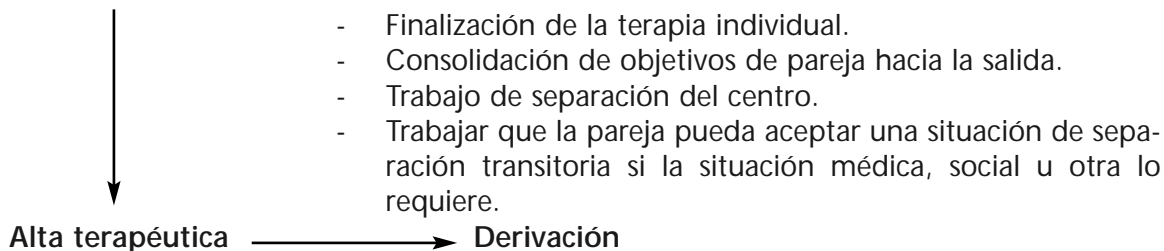


A las 2 semanas, si no hay contraindicación (desintoxicación en curso, trastorno físico o psíquico agudo...), los pacientes pasan a vivir en pareja en la comunidad:

Desarrollo del programa terapéutico general: 5 meses

- Objetivos terapéuticos individualizados.
- Avanzar en el trabajo sobre objetivos de pareja.
- Admitir la realidad de cada uno: aceptación de la progresión individual en el contexto de la terapia.
- Abordaje de pareja planteada desde el plano psicopedagógico y en su caso psicoterapéutico.
- Entrevista individual: 1 cada semana
- Entrevistas de pareja: 1 cada 2 semanas
- Sesión de grupo: 1 al mes
- En la medida de lo posible: talleres y grupos terapéuticos separados

Fase de preparación al alta terapéutica: 1 a 2 meses



Intervención en cuanto al equipo:

Supervisión del equipo y de los terapeutas: 1/mes.

4. NORMATIVA ESPECÍFICA PARA LAS PAREJAS

1. Cada miembro de la pareja se compromete a respetar la normativa de régimen interno y funcionamiento interior..

2. Cada miembro de la pareja se compromete a aceptar y a no interferir en el proceso terapéutico individual del otro.
3. Cada miembro de la pareja se compromete a respetar al resto del grupo: no demostratividad exagerada, no encerrarse sobre sí y no relacionarse con el resto del grupo. En este sentido la pareja tiene reservado el ejercicio de su intimidad a los momentos y espacios de ocio y tiempo libre y tras finalizar las actividades de la comunidad en su estancia en el apartamento
4. Si la pareja decide separarse se intentará que este proceso se realice en la comunidad. Si esto no fuese posible se procedería a la derivación de uno de ellos a otro recurso asistencial.
5. Si se producen actos de violencia o de amenaza verbal hacia los hijos, estos serán puestos en conocimiento de las instituciones competentes en materia de protección de menores.

5. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO Y DE ENTRENAMIENTO EN AUTOANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE PAREJA

Relaciones interpersonales: Pareja, familia y amigos:

- Toma de decisiones.
- Solución de problemas.
- Expresar y recibir sentimientos positivos.
- Expresar y recibir sentimientos negativos.
- Expresar y recibir críticas.
- Orientación de la ira (distorsiones).
- Afrontamiento de la ira del otro.
- Estilo asertivo (empatía):
 - Decir no.
 - Expresar y defender opiniones opuestas.

- Sexualidad:
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Educación sexual.
 - Valoración adecuada del sexo sin drogas.

Estrategias de afrontamiento:

- Influencia de la pareja:
 - Presión hacia el consumo.
 - Estados emocionales positivos y negativos.
 - De deseos de consumo.
 - Del desliz.

Valores:

- Ayuda.
- Responsabilidad.
- Honestidad.
- Amistad (intimidad sin sexo).
- Respeto.
- Tolerancia.
- Solidaridad.

Hijos:

- Influencia en la pareja.
- Pautas de educación-salud.
- Etapas del desarrollo.
- Gestión de dificultades afectivas padres-hijos.

6. ADAPTACIONES AL PROGRAMA TERAPÉUTICO PARA PAREJAS

Nivel I:

- Tras valoración del equipo técnico las parejas con hijos tendrán una llamada semanal una vez que haya transcurrido una semana de estancia en el Centro y la visita familiar podrán realizarla antes de finalizar el mes de adaptación.

- La pareja tendrá como referente un tutor cada miembro de la misma.

Nivel II:

- El régimen de llamadas se amplía a dos comunicaciones semanales por pareja.
- Normativa: Además de la normativa del Centro, la pareja respetará otras normas específicas para la misma.
- Programas grupales: Además de desarrollar los programas psicoterapéuticos y educativos que necesite, una vez al mes realizará el programa psicoeducativo de entrenamiento en autoanálisis de la relación de pareja.
- Asamblea de alta terapéutica: En el caso en que los miembros de la pareja finalicen con éxito su programa terapéutico, se realizará una asamblea para ambos. Su duración no será superior a una hora.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (parejas)

D. de
 años de edad, con D.N.I. y D^a.
 de años de edad, con D.N.I.
 domiciliados en , provincia de c/
 , por medio del presente documento,

AUTORIZAN al Centro perteneciente a la
 Entidad a ser sometidos al tratamiento de sus adicciones,
 en régimen residencial.

RECONOCEN ambos tener una relación afectiva como pareja.

DECLARAN HABER SIDO INFORMADOS Y ADVERTIDOS:

Del Reglamento del Régimen Interior, de sus derechos y deberes, de las reglas de funcionamiento, del régimen de admisiones y bajas así como del horario del centro y de sus servicios, del régimen de visitas, salidas y de comunicación con el exterior, además de la normativa específica para pareja.

Para posibilitar el buen desarrollo del programa **NOS COMPROMETEMOS A:**

Respetar, aceptar y cumplir las normas del centro, contempladas en el Reglamento de Régimen Interior, a los profesionales y sus indicaciones, además de la normativa específica para pareja.

El incumplimiento de este compromiso nos puede llevar a la baja en la comunidad terapéutica.

Habiendo sido informados y aceptando los compromisos reseñados, firman el presente

CONSENTIMIENTO, en , a de de

Firmado y conforme

Firma de los pacientes

Firma del Director/a

INFORME DE LA SITUACION DE LA PAREJA

1. Situación socio-laboral de la pareja:

2. Problemas médicos y psicosociales y relacionales específicos :

3. Objetivos terapéuticos :

4. Cualquier otra circunstancia a reseñar:

ANEXO XI

CRITERIOS A SEGUIR CON PACIENTES CON INDICACIÓN DE P.T.M. QUE DEMANDAN DESINTOXICACIÓN

El aumento de la demanda de inclusión de pacientes en Programas de Tratamiento de Metadona (PTM) en las CT, y la implementación y experiencia desarrollada en el Centro FADA Almonte, con pacientes en PTM, condiciona el plantear el diseño de una estrategia común para el abordaje de aquellos pacientes que demandan desintoxicación y su paso a un programa libre de drogas. Aunque en el PTM, en CT, se debe primar el ajuste de dosis y mantenimiento con metadona, desde la demanda del paciente y la coordinación con su terapeuta de referencia del centro ambulatorio, se incluirán aquellos casos en que el paciente modifica su demanda una vez ingresado. Esta posibilidad se oferta en la propia CT donde está ingresado el paciente.

Criterios orientativos:

- Que la desintoxicación no pueda suponer un peligro para su patología psiquiátrica u orgánica.
- Haber tolerado los ajustes de sus dosis de metadona y del resto de medicación que estuviera tomando en el ingreso (automedicación).
- Buena adherencia al Programa terapéutico y a la dinámica del centro.
- No consumo de drogas durante su primera salida terapéutica, además de la consecución de gran parte de objetivos planificados para la misma.

En general, en el primer informe de evolución que se envía al terapeuta del centro ambulatorio (dos meses), se hará una propuesta de desintoxicación e inclusión en programa libre de drogas; aunque si el paciente demanda antes la desintoxicación se comunicará al CTA de referencia. Tras este informe, se iniciara una pauta decreciente de su dosis de metadona.

La terminación del proceso de desintoxicación debiera producirse cuanto menos de uno a tres meses previos a su alta terapéutica, con objeto de no retrasar ésta, y que el paciente realice de dos a tres salidas terapéuticas previas al alta ya en programa libre de drogas.

En el caso en que la desintoxicación no se concluyera por distintas circunstancias, o que hubiera consumos durante las salidas terapéuticas, le podremos ofertar al paciente su inclusión nuevamente en el Programa de Tratamiento de Metadona.

ANEXO XII

Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento (CTP)Ref.

Por favor, lea estas instrucciones antes de completar el cuestionario. Si Ud. Tiene alguna dificultad, por favor, pídale ayuda a un miembro del equipo de investigación o tratamiento.

Estamos muy interesados en escuchar sus puntos de vista sobre su tratamiento en este programa. Por favor, tras cada una de las afirmaciones que siguen, marque con una señal (x) en el recuadro correspondiente, para mostrar si Ud. está "muy de acuerdo"; "de acuerdo"; "en desacuerdo"; "muy en desacuerdo" con la frase o está "inseguro" de su opinión.

DURANTE MI CONTACTO CON ESTE TRATAMIENTO...	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INSEGURO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
(a) El equipo no siempre ha comprendido la clase de ayuda que yo quiero.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(b) He sido bien informado acerca de las decisiones tomadas sobre mi tratamiento.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(c) El equipo y yo hemos tenido ideas diferentes acerca de cuáles deberían ser los objetivos de mi tratamiento.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(d) Siempre ha habido un miembro del equipo disponible cuando yo he querido hablar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(e) El equipo me ha ayudado a motivarme para solucionar mis problemas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(f) No me han gustado todas las sesiones de tratamiento a las que he asistido.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(g) No he tenido tiempo suficiente para solucionar mis problemas.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(h) Yo pienso que los miembros del equipo han sido buenos en sus tareas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(i) He recibido la ayuda que buscaba.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
(j) No me han gustado algunas de las reglas y normas del tratamiento.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

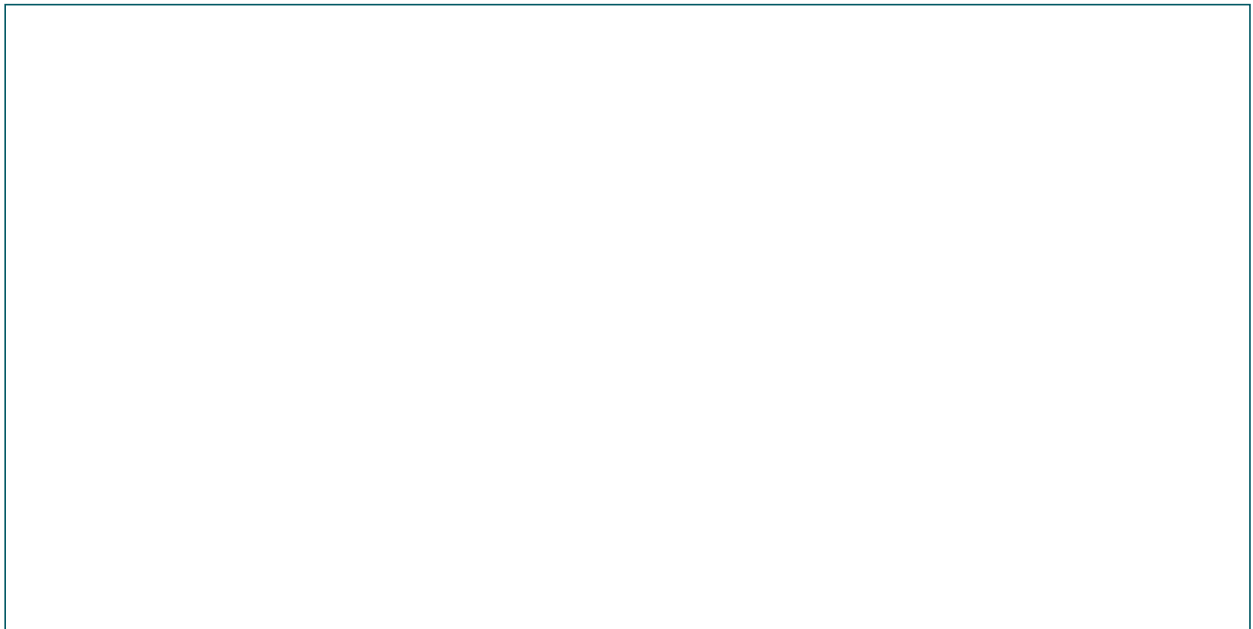
- Por favor, vuelva la hoja y continúe -

Sus opiniones son confidenciales y solamente serán conocidas por nuestro personal de investigación. Cuando Ud. haya completado el cuestionario, por favor, introdúzcalo en el sobre suministrado y cierre éste. En la parte de atrás de esta hoja dispone Ud. de espacio en blanco para escribir cualquier comentario que pueda tener, sobre cómo piensa Ud. que ha ido su tratamiento y sobre cómo nosotros podríamos mejorar las cosas.

© Addiction Research Unit, Maudsley Hospital/Institute of Psychiatry, UK.

Por favor, escriba en el recuadro que sigue cualquier comentario que quiera hacer llegar a nuestro personal de investigación, acerca del tratamiento que Ud. ha recibido aquí.

Estaríamos muy interesados si pudiera decirnos algo acerca de cómo piensa Ud. que podríamos nosotros mejorar el servicio.

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their comments. The box is currently blank.

Por favor, ahora introduzca este formulario en el sobre.

¡Muchas gracias por su ayuda!

