

**PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS:
Organización y funcionamiento de la red
asistencial**

Santiago de Compostela, 2001

1. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS EN GALICIA. Plan de Galicia sobre Drogas.

1.1. Situación de la red asistencial de drogodependencias en Galicia:

La atención al enfermo drogodependiente, hasta la mitad de la década de los ochenta, cogió desprevenida tanto a la Administración en sus diferentes niveles, central, autonómico y local, como a los dispositivos asistenciales existentes, profesionales,..., en definitiva, a la sociedad en su conjunto. Como en el resto de España, en Galicia, son los profesionales dedicados a la atención del alcoholismo los que con escasos apoyos y recursos atienden los primeros casos de drogodependientes (drogas ilegales). La situación general, de déficit de recursos y falta de coordinación, favorece el asentamiento de organizaciones poco transparentes, junto con iniciativas ciudadanas, de ámbito local en su mayoría, caracterizándose la respuesta pública por apoyos eventuales y subvenciones a proyectos y centros con criterios de actuación diversos (1).

La necesidad de reordenar y vertebrar la lucha contra las drogodependencias pasaba necesariamente por la decidida intervención de instituciones del Estado y la coordinación de todos sus niveles administrativos. De esta forma nace en 1985 el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) y, en 1986, el Plan Autonómico sobre Drogodependencias (PAD) que, en Enero de 1997, se reactualiza y reformula como Plan de Galicia sobre Drogas (PGD) (2), tras la elaboración y correspondiente tramitación, de la Ley 2/1996, de Galicia sobre Drogas (3).

Desde su inicio, el PAD busca resituar el papel de la Administración Autonómica en tres direcciones: organización, planificación general y coordinación de las actuaciones de las diversas administraciones, instituciones y organismos implicados en la lucha contra las drogodependencias.

Concretamente, en el área asistencial, las directrices globales del PAD se podrían sintetizar en los siguientes puntos: integración y normalización de la asistencia a los afectados dentro del sistema general de salud, desde un modelo de intervención biopsicosocial y de diversificación de la oferta terapéutica (2). Posteriormente, tras la reestructuración del PAD en el PGD, dentro del área de asistencia, se recogen una serie de principios de actuación (2):

1.2. Principios de planificación en el área asistencial del PGD:

1. De integración sanitaria: la atención a drogodependientes debe desarrollarse fundamentalmente a través de las redes asistenciales generales, sanitarias y sociales, con criterios de gratuidad, voluntariedad y confidencialidad.
2. De accesibilidad: los recursos asistenciales han de situarse cerca de los usuarios potenciales de los mismos.
3. Continuidad terapéutica: mantener un "continuum" en la atención al enfermo, aún cuando este pase por diferentes dispositivos en su proceso de recuperación.
4. Flexibilidad en la atención al drogodependiente: no debe entenderse como una cesión o abandono de criterios y objetivos terapéuticos, sino como una diversidad de estrategias de intervenciones asistenciales y terapéuticas.
5. Diversificación de la oferta terapéutica: la heterogeneidad de la patología adictiva, requiere de una oferta terapéutica plural que permita ajustar el proceso asistencial a las características de cada caso y a las diferentes fases evolutivas que el mismo presente.
6. Equipos multi e interdisciplinarios: debido a la naturaleza biopsicosocial del problema de las drogodependencias y a la anteriormente mencionada heterogeneidad de la patología adictiva, la configuración de los equipos asistenciales ha de ser multidisciplinar y su labor terapéutica, necesariamente interdisciplinar.
7. Comunitariocéntrico y de participación comunitaria: toda la red de dispositivos asistenciales se sitúa en la comunidad y para la comunidad; el tratamiento del drogodependiente ha de realizarse preferentemente en el medio habitual del sujeto, facilitándose así su re/incorporación social.

Los objetivos generales que el PGD (2) plantea para el área asistencial son los siguientes:

1.3. Objetivos generales del área asistencial del PGD:

1. Integración funcional de la asistencia a los drogodependientes en el sistema general de salud de Galicia.

2. Asegurar su asistencia sociosanitaria en los servicios de atención primaria, especializada y de urgencias.
3. Mantener los recursos específicos necesarios para una adecuada asistencia al drogodependiente.
4. Diversificación de programas terapéuticos.
5. Potenciar la asistencia a población reclusa drogodependiente y a otros drogodependientes con problemas judiciales fuera de prisión.

En función de estos principios y objetivos, en el “Plan de Galicia sobre Drogas: 1997-2000” se describen una serie de tipologías de dispositivos y programas asistenciales:

1.4. Tipología de dispositivos asistenciales:

La actual red especializada de atención a drogodependientes está constituida por centros ambulatorios, semiresidenciales y residenciales, los equipos sanitarios de los cinco centros penitenciarios radicados en Galicia, dispositivos dependientes del Proyecto Hombre y las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. La integran los siguientes tipos de dispositivos asistenciales:

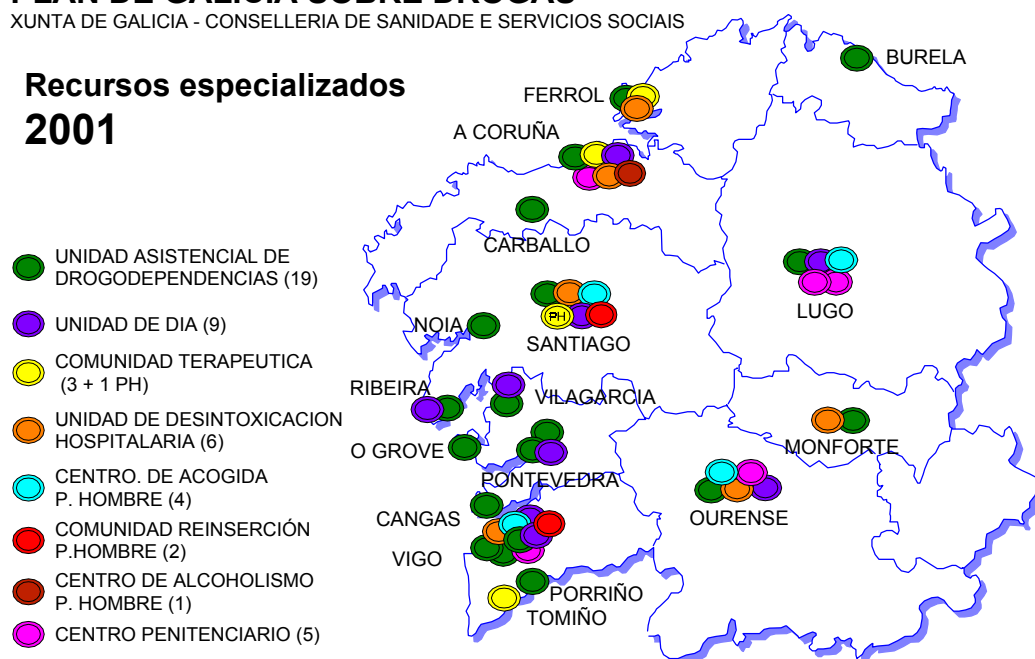
1. Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UAD): Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio que desarrollan diferentes tipos de actividades terapéuticas en relación con las drogodependencias. Este dispositivo es el recurso central y vertebrador de la planificación asistencial en el territorio de actuación asignado.

2. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): Son dispositivos que, dentro de un servicio hospitalario (Psiquiatría o Medicina Interna), realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario. Los ingresos de pacientes deben ser siempre programados a petición de las UADs, a donde deben ser derivados nuevamente.

PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS

XUNTA DE GALICIA - CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZOS SOCIAIS

Recursos especializados 2001



3. Unidade de Día (UD): Son dispositivos que, en réximen de estancia de día, realizan tratamentos de deshabitación y rehabilitación mediante terapia farmacológica, psicológica y socio-ambiental a pacientes drogodependientes que deben ser derivados desde la UAD, manteniéndose así el principio de continuidad terapéutica. Quedan fuera de sus funciones la atención a procesos de desintoxicación o su utilización como residencia.

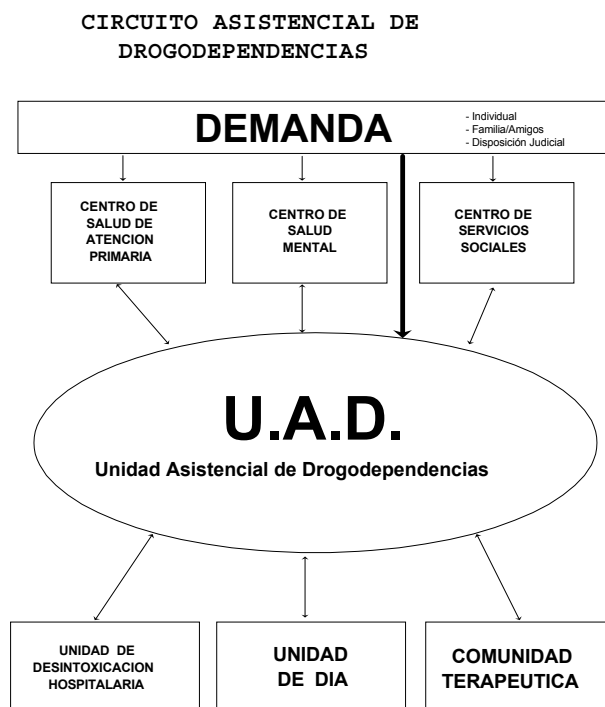
4. Comunidad Terapéutica (CT): Se trata de dispositivos que, en réximen residencial, realizan tratamentos de deshabitación y rehabilitación. En base al principio de continuidad terapéutica, el ingreso en este dispositivo se lleva a cabo por decisión de los equipos de las UADs en estrecha relación y coordinación con el equipo de la Comunidad Terapéutica. Actualmente las Comunidades Terapéuticas sólo pueden entenderse dentro de programas amplios de asistencia a drogodependientes, ofreciendo un abordaje intensivo y global con actividades de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socio-educativo y, eventualmente, farmacológico.

En los establecimientos penitenciarios, sus equipos sanitarios constituyen a efectos prácticos de la asistencia a la población reclusa drogodependiente verdaderas UADs, donde se llevan a cabo, fundamentalmente, programas de mantenimiento con metadona debido al perfil que presenta esta tipo de población asistencial.

En los centros del Proyecto Hombre (PH), se desarrolla el “Proyecto educativo-terapéutico del PH”, estructurado en tres fases: de Acogida, de Comunidad Terapéutica y de Reinserción con una duración aproximada de cuatro años.

El esquema de funcionamiento de la red asistencial especializada de drogodependencias, que se incluye más abajo, evidencia la integración de los recursos de drogodependencias en el conjunto de la red asistencial sociosanitaria de Galicia:

- Se constata que el recurso vertebrador de la asistencial al drogodependiente son las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADs), donde acude la mayor parte de la demanda, tanto directamente como a través de los servicios sociales de base, de los centros de atención primaria (CAP) o de Salud Mental. Además, la comunicación entre estos dispositivos de la red es bidireccional y, p.e., en los casos de los equipos de Atención Primaria de Salud, este año se está reforzando con la implantación del “Protocolo de colaboración para los Programas de Mantenimiento con Metadona entre los CAP y las UADs del PGD”.
- En un segundo nivel, en la red de drogodependencias, se sitúan los dispositivos de Unidad de Día, Comunidad Terapéutica y unidades de atención especializada del SERGAS, como p.e., las Unidades Hospitalarias de VIH/SIDA, de Tuberculosis, de Desintoxicación Hospitalaria, etc.



FUENTE: Observatorio de Galicia sobre Drogas, 1997

1.5. Tipología de programas asistenciales:

De acuerdo al principio de diversificación de la oferta terapéutica, en las UADs actualmente existentes, se desarrollan conjuntamente, distintos programas y subprogramas que se describen en un catálogo de “**Programas Asistenciales do PGD**” (4), que es sometido a modificaciones periódicas para así actualizarlo en función de los avances que surgen:

- 1.- Programa de información, orientación y acogida (P.O.A.)
- 2.- Programa libre de drogas (P.L.D.)
- 3.- Programa de mantenimiento con naltrexona (P.M.N.)
- 4.- Programa de mantenimiento con derivados opiáceos (P.M.D.O.)
- 5.- Programa de unidad de día (U.D.A.)
- 6.- Programa de comunidad terapéutica (C.T.)
- 7.- Subprograma de desintoxicación (S.D.)
- 8.- Subprograma de asistencia domiciliaria (S.A.D.)
- 9.- Subprograma de prevención de recaídas (S.P.R.)
- 10.- Subprograma de disminución del daño (S.D.D.)
- 11.- Subprograma de urinoanálisis (S.U.)

En dicha publicación (4), se recogen distintos aspectos de la organización de la labor asistencial en cada uno de los programas, de los que comentaremos los criterios de inclusión en los mismos, por la importancia que tiene el concepto de indicación terapéutica en drogodependencias ante la diversidad de perfiles que presentan los potenciales usuarios de la red asistencial y los objetivos específicos que se pretenden lograr.

1.5.1. Programa de Información, Orientación y Acogida:

Este programa representa la “puerta de entrada” a la red asistencial especializada de drogodependencias. Además, de posibilitar la realización de una historia clínica básica, permite una serie de intervenciones, tanto sobre la familia como el paciente, para dotarles de unas mínimas habilidades para manejar la situación en seno de la unidad familiar con el mínimo nivel de ansiedad y, simultáneamente, estructurar la demanda del paciente.

Sería de elección en los siguientes casos:

- población general que desee información sobre el fenómeno del consumo de drogas.
- colectivos (educadores, sanitarios, mediadores y trabajadores sociales, etc.) que demanden orientación sobre el manejo de situaciones relacionadas con el tema.
- instituciones que precisen información y/o asesoramiento sobre la materia.
- familias, amigos, etc. que demanden orientación sobre cómo manejar en su medio un problema de consumo de drogas.
- individuos que soliciten orientación sobre su situación de usuarios de drogas.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

a) Con la población general:

- Proporcionar información y asesoramiento sobre el fenómeno de las drogodependencias, tanto a población general como colectivos específicos e instituciones.
- Ofertar formas de manejar la situación en el medio de la persona/s que realiza/n la demanda.

b) Con familiares de drogodependientes:

- Pautas de contención de situaciones estresantes en el seno del grupo familiar.
- Proporcionar pautas concretas de intervención en el medio familiar.
- Informar y asesorar sobre el proceso de recuperación remarcando la importancia de la familia en el proceso de recuperación del drogodependiente.

c) Con los pacientes:

- Asesorar sobre la oferta terapéutica disponible en el centro para su caso.
- Clarificación y estructuración de la demanda formulada inicialmente por el paciente.
- Establecer un diagnóstico polidimensional de su patología y ofertar un plan individualizado de tratamiento.

1.5.2. Programa Libre de Drogas:

Este programa adopta su denominación “libre de drogas”, por la no utilización de fármacos específicos para el mantenimiento de la abstinencia dentro de su abanico de posibles intervenciones terapéuticas.

Este programa podría calificarse de primera elección para el grupo de pacientes cuyas características principales serían:

- sujetos que no presentan consumo a derivados opiáceos.
- sujetos que, consumiendo opiáceos, aún no han desarrollado una dependencia a los mismos.
- drogodependientes a opiáceos cuyo tiempo de uso de los mismos no les ha producido deterioro biopsicosocial significativo, y que no han estado con anterioridad a tratamiento de su dependencia y con un grado suficiente de apoyo familiar y social.
- pacientes que no presentan trastornos psicopatológicos y/u orgánicos graves.
- pacientes que presentan una alta motivación para la abstinencia.

Sin embargo, dada la alta frecuencia de recaídas en la conducta de consumo en el tratamiento del drogodependiente a opiáceos (en Galicia, la heroína es la droga que motiva el tratamiento en cerca del 90% de las demandas), que generalmente conllevan la pérdida del paciente, sería recomendable reservar el PLD para la fase de deshabituación inmediatamente anterior al alta terapéutica o para aquellos casos en que existieran contraindicaciones para aplicar un antagonista opiáceo.

Los objetivos a alcanzar con esta tipología de pacientes sería la siguiente:

- Extinción de la conducta drogodependiente/abuso/consumo que presenta el sujeto.
- Prevención del uso de drogas en el medio social habitual del paciente (familia, grupo de pares, etc).
- Reducción y/o resolución de la conflictiva intrapsíquica, familiar, relacional, etc, que presente el caso.
- Reestablecer el nivel de salud, en sentido amplio, del usuario y su medio sociofamiliar, facilitando su proceso de re/incorporación social.

1.5.3. Programa de Mantenimiento con Antagonistas Opiáceos (naltrexona):

Casi desde principios de siglo se buscaba una sustancia capaz de bloquear o inhibir la acción de los opiáceos. Los primeros que se utilizaron en clínica, la nalorfina y la naloxona, tenían una vida media muy corta, por lo cual eran eficaces en el tratamiento de la sobredosis por opiáceos, pero no podían utilizarse en tratamientos de mantenimiento que requieren un bloqueo permanente de los receptores opiáceos. En 1965, Blumberg y su equipo sintetizan la naltrexona, antagonista puro, de vida media larga, administrable por vía oral y, por todo ello, eficaz en tratamientos de mantenimiento. No obstante, hasta 1984 no se comercializa en EE.UU. y hasta 1989 en nuestro país.

La justificación terapéutica del uso de antagonistas se explica a través su interferencia en los mecanismos de condicionamiento operante involucrados en la aparición y mantenimiento de la dependencia. La naltrexona, al bloquear los receptores opiáceos, impide la aparición de efectos gratificantes después del consumo de opiáceos, disminuyendo así el deseo de consumo y la conducta de búsqueda de la droga; a corto plazo, constituye un freno al consumo y, a largo plazo, produce una extinción de la conducta de búsqueda.

Las características del perfil de los pacientes de PMN serían las siguientes:

a) Usuarios de opiáceos con las siguientes características:

- Corta historia de consumo de opiáceos.
- Suficiente apoyo familiar y social.
- Aceptable adaptación social (escolar y/o laboral).
- Buena motivación para abandonar el consumo, pero que necesiten subjetivamente una medida de contención farmacológica del deseo de consumo.
- Fracasos anteriores en PLD.

b) Pacientes que estén finalizando satisfactoriamente el programa de mantenimiento con metadona y que estén motivados para integrarse en el futuro en un PLD y pacientes de PLD en proceso de recaída que necesiten una terapia farmacológica de contención del deseo de opiáceos.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- Mantener al paciente en contacto con el dispositivo asistencial, posibilitando una serie de intervenciones sobre los factores que condicionan el uso de sustancias-droga.

- Detener el uso de opiáceos, principalmente por vía parenteral.
- Modificar los hábitos de salud perjudiciales.
- Reestablecer el nivel de salud, en sentido amplio, del usuario y su medio sociofamiliar, facilitando su proceso de re/incorporación social.

1.5.4. Programa de Mantenimiento con Derivados Opiáceos (metadona):

Desde que a mediados de la década de los sesenta, Dole y Nyswander, consiguieron buenos resultados con la utilización de metadona a través de programas de mantenimiento, se ha mantenido vivo hasta la actualidad un enconado debate sobre la utilidad y necesidad de su uso, aunque los resultados de su aplicación han demostrado sobradamente su eficacia y efectividad: aumento del poder de captación de los dispositivos asistenciales, la elevada la tasa de retención de estos programas y consecuentemente, una mejoría global del estado del paciente drogodependiente.

Este programa, también conocido como programa de mantenimiento con metadona de alto umbral de exigencia, es uno de los que este año será sometido a revisión para actualizar sus indicaciones ante los cambios experimentados, tanto a nivel de reglamentación legal de utilización de opiáceos como por la propia evolución de la praxis del programa, que relativizaron muchas de sus indicaciones. Actualmente, según lo dispuesto en el Real Decreto 5/1996 del 5.01, que modifica al Real Decreto 75/1990 del 19.01, a efectos de inclusión de un paciente en este programa terapéutico se exigirá la existencia previa de un diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos.

Se persiguen los siguientes objetivos:

- Favorecer la captación y retención del paciente en el dispositivo asistencial, facilitando así la continuidad del proceso terapéutico para incidir sobre los factores que están condicionando el problema.
- Disminuir el consumo ilegal de opiáceos y otras sustancia-droga, así como la automedicación.
- Disminuir los comportamientos de riesgo, tanto para la salud individual como la pública, relacionados con la transmisión de la patología infecciosa asociada al consumo de drogas (VIH, hepatitis, ETS, tuberculosis, etc).
- Disminuir las conductas antisociales.

- Promoción de un cambio actitudinal e conductual hacia estilos de vida más saludables/menos perjudiciales para la salud individual y de la comunidad, facilitando el proceso de re/incorporación del sujeto.

1.5.5. Programa de Unidad de Día:

La Unidad de Día es un recurso específico en régimen parcial de internamiento que ofrece un programa amplio de actividades terapéuticas y ocupacionales, que dadas sus características permite la no desvinculación del paciente de su ambiente. Favorece la colaboración familiar y la incorporación social del sujeto, así como su tratamiento intensivo, diario y prolongado en el tiempo (estancia media de seis meses).

El perfil de los potenciales usuarios de una UDA sería el de un drogodependiente a tratamiento en la UAD de referencia, adscrito a cualquier programa terapéutico (PLD, PMN y PMM), que presente las siguientes características:

- Importante desestructuración en la organización de su tiempo libre y relaciones sociopersonales.
- Abstinencia en el consumo de drogas previa a su inclusión en UDA.
- Déficits formativo-laborales, relacionales y en autocontrol conductual.

Los objetivos que se pretenden lograr son los siguientes

- Reafirmar la abstinencia como valor positivo a mantener.
- Aumentar la capacidad del sujeto para resolver los conflictos en su medio, movilizándolo sus recursos personales y dotándolo de estrategias para afrontar situaciones de alto riesgo de recaída.
- Re/estructuración de la dinámica familiar, promoviendo la implicación de la misma en el proceso terapéutico.
- Adquisición de valores y normas de convivencia.
- Aprendizaje de hábitos y estilos de vida más saludables que faciliten un funcionamiento más autónomo en su medio habitual.
- Capacitar al individuo para desenvolver una actividad laboral responsable.
- Potenciar el proceso de re/socialización en la comunidad de origen.

1.5.6. Programa de Comunidades Terapéuticas:

La Comunidad Terapéutica se concibe como un marco físico que permite la ruptura total, pero temporal, con el medio habitual del drogodependiente. Se constituye como un sistema microsociedad en el que el individuo tiene la posibilidad de desarrollar nuevas pautas de comportamiento y modificar su percepción del mundo exterior, alterados por el consumo de drogas. Debe tenerse en cuenta que, en la actualidad, la Comunidad Terapéutica es un recurso integrado en una red de atención amplia, situándose en un nivel de atención más especializada dentro del circuito terapéutico del PGD.

Es un recurso alternativo a las instituciones sanitarias tradicionales, orientado a dar respuesta satisfactoria a determinados pacientes drogodependientes que ven difícil su recuperación en un medio normalizado por los siguientes motivos:

- Fuerte desestructuración psicológica, familiar y/o social, o necesidad de aislamiento del medio para garantizar buenas expectativas de tratamiento y el logro de una abstinencia continuada.
- Fracaso de tratamientos anteriores.
- Situación judicial problemática.
- Motivación para el cambio de estilo de vida.

Dentro de un objetivo general de adquisición, desarrollo y mantenimiento de la competencia personal y la generalización de este nuevo estilo de vida en su entorno social, se procura incidir sobre:

- Desarrollo de nuevos hábitos de trabajo.
- Facilitar el acceso a niveles socioculturales básicos.
- Aprender a valorar y gozar del tiempo libre (sin drogas).
- Seguimiento y control de patologías orgánicas y patología psíquica menor.
- Maduración de la estructura de personalidad e comportamientos.
- Facilitar el proceso de re/incorporación social a través de la adquisición de pautas de socialización.

1.5.7. Subprograma de Desintoxicación:

El tratamiento de desintoxicación se concibe como una modalidad terapéutica, farmacológica o no, que facilita la superación del síndrome de abstinencia provocado por la dependencia física de las distintas sustancias-droga. Debe considerarse como la etapa inicial, necesaria pero no suficiente, para la abstinencia del consumo; en ese sentido debe ser continuada por una terapia de deshabitación que permita superar al drogodependiente su dependencia psíquica.

Los tipos de desintoxicaciones dentro de la red del PGD, son los siguientes:

- Desintoxicaciones Hospitalarias: desintoxicaciones clásicas, cortas y ultracortas.
- Desintoxicaciones Ambulatorias: desintoxicaciones clásicas y cortas.
- Desintoxicaciones Domiciliarias: mismos tipos que las ambulatorias.

En el caso de los heroíno-dependientes, las desintoxicaciones cortas y ultracortas se basan en la técnica de “lavado de neuroreceptores” opiáceos producida por la administración inicial de antagonistas (naloxona y/o naltrexona) y en el uso de α -2 agonistas (clonidina, guanfacina, ...) y fármacos hipnosedantes (benzodiacepinas), siendo recomendable evitar la prescripción de fármacos utilizados habitualmente por los drogodependientes (Tranxilium[®], Rohipnol[®], etc), o usarlos en encapsulado diferente del de la presentación comercial para impedir su identificación. Las desintoxicaciones cortas tienen una duración menor de 5 días y, las ultracortas, alrededor de 24 horas.

Las desintoxicaciones clásicas se basan también en el uso de α -2 agonistas (clonidina, guanfacina, ...) y fármacos hipnosedantes, pero no se procede a la administración inicial de antagonistas, esperando al progresivo desplazamiento de las moléculas opiáceas de los neuroreceptores. Tiene una duración estimada en 10-12 días. Otro procedimiento de desintoxicación clásica con dependientes a opiáceos, consiste en la utilización de agonistas opiáceos (metadona, dextropropoxifeno,...) en pautas decrecientes, estando su duración entorno a las 3 semanas. Cabría referir que, dada la frecuencia con que las desintoxicaciones con metadona se convierten en una falsa puerta de entrada para un programa de mantenimiento, se debería considerar su repalnteamiento como un programa de mantenimiento de alta exigencia y corta duración (3 a 6 meses).

Para cualquier tipo de las desintoxicaciones antes referidas, existe una indicación terapéutica básica: el tratamiento de un drogodependiente de cualquier tipo de sustancia, en el que sea necesario la superación de su dependencia física. Sin embargo, debemos considerar

que las desintoxicaciones no son inmediatamente aplicables a todos los pacientes que la soliciten. Aunque la abstinencia parece ser siempre el objetivo final a conseguir, debemos tener en cuenta que existen situaciones en las que se hace necesario valorar con extraordinaria cautela la indicación de un tratamiento de desintoxicación y que incluso la pueden contraindicar:

- Pacientes con patología orgánica grave.
- Determinados cuadros psiquiátricos.
- Pacientes embarazadas.
- Constancia previa de intolerancia a los fármacos empleados.

Además, debemos considerar como criterios de inclusión:

a) En desintoxicaciones hospitalarias:

- Coexistencia de patología grave a nivel orgánico o psicopatológico, que exija su abordaje en un medio más especializado como la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.
- Fracasos repetidos en la desintoxicación ambulatoria.
- Desintoxicaciones ultracortas.
- Falta de apoyo sociofamiliar que dificulte o impida la contención externa necesaria en esta fase del tratamiento.

b) En desintoxicaciones ultracortas:

- Pacientes altamente motivados, colaboradores y con apoyo sociofamiliar adecuado.
- Sujetos enmarcados en el concepto de abusador de opiáceos o "ciclodependiente".
- Consumidores de opiáceos de < 1/2 gr/día.
- Pacientes bien conservados físicamente sin patologías orgánicas graves.
- Pacientes sin cuadros psicopatológicos graves.

c) En desintoxicaciones cortas:

- Pacientes altamente motivados, colaboradores y con apoyo sociofamiliar adecuado.
- Pacientes con un grado de dependencia a opiáceos mayor que el anteriormente descrito y/o con consumos < 1 gr/día.

Los objetivos que se persiguen con la desintoxicación son los siguientes:

- Eliminar la dependencia física.

- Orientar y derivar a otro recurso de la red sociosanitaria si procede.
- Promover en el paciente actitudes positivas hacia etapas posteriores del proceso terapéutico.

1.5.8. Subprograma de Asistencia Domiciliaria:

Tiene por objeto la atención de aquellos pacientes que no pueden desplazarse a la UAD para iniciar o proseguir su tratamiento, por problemas de salud o dificultades socio-familiares.

Este programa se considerará de elección para usuarios de drogas o drogodependientes cuyas características principales serían:

- casos que por su condición médica deban permanecer en internamiento domiciliario, por ejemplo, pacientes afectados de SIDA terminal o en un estadio muy avanzado.
- casos en los que se indique una desintoxicación domiciliaria.
- casos que precisen la administración continuada de medicación pero cuyo responsable no pueda acudir a la UAD para hacerse cargo de la misma.
- casos que precisen de un mayor control del seguimiento y a los que no les resulte posible acudir a la UAD.

Con el SAD se procura:

- Favorecer una mayor integración del medio sociofamiliar con intervenciones “in situ”.
- Posibilitar la continuidad terapéutica en aquellos casos que su patología le impida o desaconseje su desplazamiento a la UAD.

1.5.9. Subprograma de Prevención de Recaídas:

Marlatt y cols. realizaron en 1984 un estudio en el que se demostraba que las recaídas se deben fundamentalmente a estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social, directa o indirecta. Tomando como base éste y otros estudios similares, se vienen estructurando programas cuyo objetivo general es enseñar a los pacientes que están intentando modificar su conducta de consumo de drogas, cómo anticipar y enfrentarse a las presiones y problemas que pueden conducirlos a una recaída. Además, las características de este subprograma permiten que los pacientes adscritos al mismo, puedan seguir otros simultáneamente.

Este programa se considerará de elección para usuarios de drogas o drogodependientes cuyas características principales sean:

- sujetos con una historia corta de consumo/dependencia de drogas.
- pacientes con pocos fracasos terapéuticos anteriores, o, preferiblemente, sin tratamientos anteriores por drogodependencia.
- pacientes en los que se valore una motivación clara de abandonar el consumo de drogas.
- pacientes que no presenten un avanzado proceso de marginalidad y desestructuración social.

El SPR se concibe como un programa específico de mantenimiento y como un programa de cambio global de estilo de vida, siendo sus objetivos los siguientes:

a) Como programa específico de mantenimiento:

- Dotar al usuario de la capacidad necesaria para identificar, anticipar y afrontar situaciones de alto riesgo de recaída.
- Si sobreviene una “caída”, dotar al sujeto de conductas y estrategias que eviten una auténtica recaída.

b) Como programa de cambio global de estilo de vida:

- Identificar las fuentes de estrés en su actual estilo de vida.
- Identificar y cambiar patrones y hábitos conductuales desaptados.
- Descubrir y analizar actividades positivas.
- Aprender a desarrollar actividades que permitan llenar el “vacío” dejado por la conducta adictiva.
- Lograr un estilo de vida integrado socialmente en su medio.

1.5.10. Subprograma de Disminución del Daño:

En los últimos años, vienen aumentando en las UADs las demandas de sujetos que presentan tanto una edad como un tiempo de consumo superior a la media de los usuarios de estos servicios. Por otra parte, se viene incrementando la patología asociada al consumo de drogas. Como consecuencia de estos y otros factores aumenta el número de pacientes no tributarios de los programas habituales que, sin embargo, podrían mantener el contacto con las

unidades asistenciales a través de este programa de mantenimiento con metadona de bajo umbral de exigencia y, consecuentemente, posibilitar el abordaje de la patología médica asociada.

El perfil del potencial usuario del mismo correspondería a drogodependientes, especialmente UDPV, que entre sus características principales presenten las siguientes:

- historia de múltiples fracasos de tratamiento, sobre todo en el programa de mantenimiento con derivados opiáceos.
- importante deterioro de su estado orgánico y psicológico.
- problemática de marginalidad, falta de apoyo social y graves problemas de relación con la familia.
- gran dificultad para cumplir con las normas y requisitos de los otros programas de tratamiento, a los que, en consecuencia, no se les puede adscribir.

Los objetivos que persigue son los siguientes:

- Facilitar el contacto con los dispositivos de la red de drogodependencias.
- Detectar patologías asociadas al consumo de drogas e instaurar el correspondiente tratamiento.
- Prevenir las consecuencias médico-sociales que puedan afectar tanto al paciente como a su medio comunitario.
- Posibilitar periodos de abstinencia.
- Posibilitar el cambio de la situación física, psicológica y social del sujeto, para que elabore una demanda de tratamiento con la meta de la abstinencia y/o su re/incorporación en la comunidad, transitando a programas con un umbral de exigencia más elevado.

1.5.11. Subprograma de Urinoanálisis:

La determinación de sustancias-droga en orina se realiza para complementar, con datos analíticos, la historia y evolución en cuanto al consumo de drogas de los casos a tratamiento en los diferentes programas. Su finalidad general es ofrecer una evaluación objetiva del consumo/abstinencia como reforzador positivo del proceso terapéutico, debiéndose utilizar como elemento complementario que contribuye a mantener una relación terapéutica clara y franca.

Estaría indicado en todos los pacientes a tratamiento en cualquier programa desarrollado en la UAD, UDA o CT.

La finalidad del SU es ofrecer una evaluación objetiva sobre una posible situación de recaída en la conducta de consumo, permitiendo su abordaje dentro del proceso terapéutico, como un elemento complementario del mismo. Por este motivo se debe evitar su utilización con el objetivo de “control-desconfianza-castigo” por parte del equipo terapéutico, ya que podría comprometer todo el proceso de recuperación.

2. PROTOCOLIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE EN LA RED ASISTENCIAL DEL PGD:

La existencia de una oferta terapéutica diversificada (2) en las diferentes UADs de la red asistencial gallega, cobra pleno sentido al considerar que la asignación terapéutica a un programa u otro es un proceso dinámico que ha de ajustarse a las necesidades del paciente drogodependiente en cada momento de su evolución.

Desde esta estrategia asistencial, la protocolización de la atención al paciente drogodependiente se podría esquematizar en los siguientes pasos:

1. Si el objetivo del tratamiento no es la abstinencia en una fase inicial, los pacientes serían asignados a PMM de alto o bajo umbral de exigencia en función de su perfil.

La estrategia a seguir para el alta del PMM, después de la fase de mantenimiento, se continuaría con su desintoxicación y una fase posterior de mantenimiento con antagonistas, previa al alta terapéutica.

2. Por contra, si el estado del paciente permite plantearse un objetivo de abstinencia a corto-medio plazo, se utilizaría una pauta de desintoxicación (priorizando las cortas en régimen ambulatorio), asignándolo después a un programa de mantenimiento con antagonistas.

Del apoyo psicoterapéutico y de las medidas encaminadas a su reincorporación social se beneficiarían los usuarios de cualquier programa de tratamiento, en función de las necesidades de cada caso.

3. Bajo esta perspectiva de actuación, el PLD quedaría como un programa que se reservaría, en la mayoría de los casos, para la fase de deshabituación inmediatamente

anterior al alta terapéutica o para aquellos casos en los que su situación desaconseja el uso de antagonistas.

La realización del tratamiento en condiciones ambulatorias, semiresidenciales o residenciales se determinaría en función de los criterios antes expuestos.

3. SISTEMA DE EVALUACIÓN ASISTENCIAL (SEA):

Descripción del S.E.A.:

Para evaluar la eficacia y eficiencia de los dispositivos asistenciales de la red de drogodependencias gallega, el Plan de Galicia sobre Drogas (PGD) desarrolló un catálogo de programas asistenciales y simultáneamente un Sistema de Evaluación Asistencial (SEA) que se implantó el 1 de enero de 1994 en todos los centros ambulatorios de la red.

El SEA, es un sistema de evaluación diseñado específicamente para los programas de tratamiento de drogodependientes en las distintas unidades asistenciales de la red del Plan de Galicia sobre Drogas, basándose en la recogida de datos de los pacientes atendidos y del proceso terapéutico que se les dispensa.

Los **objetivos del SEA** son los siguientes:

- * Facilitar un adecuado "feedback" informativo para los profesionales, que permita la toma de decisiones sobre sus programas, para la mejora de estos y de la calidad asistencial.
- * Estudiar las deficiencias de la red.
- * Facilitar la redefinición de objetivos terapéuticos.
- * Definir las variables con valor pronóstico.
- * Identificar buenos indicadores asistenciales.
- * Facilitar estudios de eficacia y eficiencia de los distintos centros y programas, así como de la red considerada en su conjunto.
- * Facilitar cualquier tipo de investigación que sirva para el mejor conocimiento de las drogodependencias.
- * Conocer la historia natural de las drogodependencias, sus cambios y sus complicaciones desde el punto de vista epidemiológico.

- * Actualizar de forma permanente la tipología de pacientes en contacto con los servicios integrados en la red.
- * Posibilitar la planificación y toma de decisiones en materia de drogodependencias por parte del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas (CPGD).
- * Facilitar y contribuir a los estudios que se diseñan a nivel estatal en el ámbito de las drogodependencias. (Merece especial atención la coordinación existente con el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías del Observatorio Español sobre Drogas).

Una de las innovaciones más relevantes de este sistema es la posibilidad de realizar estudios de seguimiento y eficacia de los tratamientos a partir de las fichas de registro individual de casos, ya que la recogida de datos sistemática que se hace con los sujetos establece una línea base sobre el universo de población drogodependiente que acude a los centros, desde la que se pueden realizar encuestas de seguimiento a muestras seleccionadas de esta población, según las cohortes que se establezcan. El sistema garantiza el anonimato ya que a partir de los datos que se recogen resulta inviable la identificación personal de los pacientes.

El modelo de evaluación propuesto por el CPGD a través de este sistema, se fundamenta sobre un sistema de información común a todos los dispositivos de atención a drogodependientes que reportan a una unidad central, la Oficina del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

Este sistema presenta las siguientes características:

- * Es un sistema de información multicéntrico que realiza una recogida de datos homogéneos, estableciendo una línea base poblacional y consignando las actuaciones que se realizan con cada paciente.
- * Los instrumentos que articulan el sistema son la FICHA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO (FICHA INICIAL o de ACOGIDA), basada en la historia clínica del paciente y la FICHA MENSUAL, que recoge las actividades realizadas con cada paciente en cada programa durante el tratamiento.
- * Desde el punto de vista del **proceso** y de la explotación de la información acumulada, el sistema está diseñado para proporcionar dos tipos de evaluación:
 - ** Evaluación externa a los centros e interna para la red
 - ** Evaluación interna de los propios centros

* Respecto a los distintos **niveles de análisis** de la información recogida, se obtienen datos del conjunto de la red, de cada uno de los centros de tratamiento y de los distintos programas terapéuticos. De este modo, se podrán comparar datos de centros, programas y red.

En cuanto a las características de los **dispositivos asistenciales**, el sistema los clasifica en dos tipos:

* De **primera acogida**: son los centros de referencia, las denominadas “Unidades Asistenciales de Drogodependencias” (UADs). En estos centros se acoge a los pacientes y se les puede derivar a otros centros de tratamiento más específicos.

* De **segunda acogida**: acogerían los pacientes derivados por las UADs. Son las Comunidades Terapéuticas y las Unidades de Día.

Como se trata de un sistema flexible, permite la incorporación futura de más centros (actualmente existen 28 centros notificadores), programas y otras variables evaluativas que se consideren oportunas, en función de la evolución del fenómeno de las drogodependencias.

Los indicadores de evaluación que proporciona el sistema son (5):

1. **Indicador de Admisiones a Tratamiento**: número anual de casos que inician tratamiento ambulatorio por problemas de dependencia a las distintas sustancias-droga en los distintos centros de la red asistencial. Se trata de los casos en los que comienza un proceso asistencial que se puede desarrollar en diferentes programas y es compatible con el indicador de tratamientos del SEIT.
2. **Volumen Asistencial**: número anual de sujetos distintos que fueron tratados por problemas de dependencia en los diferentes centros de la red .
3. **Indicador de Permanencia**: tiempo en el que los sujetos están en el proceso asistencial. Calcula tanto el número de días que cada sujeto permanece en los distintos programas como a lo largo de todo el tratamiento. Este indicador puede cruzarse con otros como el de actividades, motivo de salida o abstinencia, dando lugar a indicadores más complejos.
4. **Indicador de Motivo de Salida de Programa/Centro**: define la causa y fecha de salida, incluyendo: alta terapéutica, abandono, expulsión, fuerza mayor, derivación (total y parcial), continuidad y cambio de programa (con dos posibilidades: por necesidad de replanteamiento terapéutico al incumplirse objetivos inicialmente propuestos y por cumplimentación de los objetivos terapéuticos).

5. **Indicador de Abstinencia:** medida por urinoanálisis, en número de controles positivos/negativos.
6. **Indicador de Asistencia:** se trata de uno de los indicadores principales para la evaluación de procesos. Por asistencia se entiende el número de días que el sujeto acude a tratamiento, concepto distinto del de permanencia. Consideramos que este indicador es muy útil en relación a la efectividad de los tratamientos y a la organización de los recursos.
7. **Índice de Asistencia:** relaciona el indicador asistencia con el de permanencia, en base al nº de días con actividad por el nº de días en que el sujeto permanece en programa. Nos sirve como instrumento de comparación entre programas y centros, estableciendo criterios de eficacia, eficiencia y efectividad.
8. **Indicador de Actividad:** este indicador informa sobre el número de intervenciones realizadas sobre los sujetos, ya que este puede realizar más de una actividad cada vez que acude a un centro.
9. **Índice de Actividad:** relaciona el indicador actividad con el de permanencia, en base al nº de intervenciones recibidas por el nº de días que el sujeto permanece en el tratamiento; sólo sería idéntico al índice de asistencia, si cada vez que el sujeto acude al centro, sólo se le realizase una intervención.
10. **Indicador de Carga Asistencial:** número de pacientes atendidos o de intervenciones realizadas en función de la tipología del profesional de UAD (carga asistencial/tipología profesional).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS (1987): Memoria del PAD. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.
- 2.- XUNTA DE GALICIA (1997): Plan de Galicia sobre Drogas:1997-2000. Documento aprobado por el Consello de la Xunta de Galicia el 23.01.97.
- 3.- XUNTA DE GALICIA (1996): Lei 2/1996 de Galicia sobre Drogas. Nº 20 de la colección Drogodependencias, Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, Xunta de Galicia
- 4.- PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS (1994): Programas Asistenciales del PAD. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.
- 5.- PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS (1993): Sistema de Evaluación Asistencial. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.
- 6.- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1996): Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Delegación del Gobierno para el PNsd.
- 7.- SIMPSON, D et als (1982): Six years follow-up of opioide addicts after admission to treatment. Arch. Gen. Psychiatry, 39:1318-1323 pp.