



PROGRAMA PARA PSICOFÁRMACOS Y OTRAS SUSTANCIAS

Fundación



Instituto
Spiral

INDICE

1.- Introducción

2.- Objetivos del Programa

3.- Metodología

4.- Actividades Terapéuticas

9.- Programa Individualizado de normalización.

**10.- Seguimiento y control terapéutico de los pacientes en
tratamiento con sustitutivos a psicofármacos**

1.- INTRODUCCIÓN

Los psicofármacos que con mayor frecuencia producen trastorno suelen ser los sedantes (ansiolíticos en general) e hipnóticos, aunque los antidepresivos, estabilizadores del ánimo y los estimulantes suponen un problema de envergadura.. La prevalencia del trastorno es en torno al 0,4 % de la población total. Sin embargo, si atendemos al consumo de psicofármacos, asciende a casi un 4,5% de la población, ascendiendo al doble en las mujeres (6,5%) que en los hombres (3,3%). En ambos sexos el consumo se dobló entre los mayores respecto a los más jóvenes (10,2% en mujeres y 5,5% en hombres mayores de 45 años, Colell et al, 2014). Es un problema que pasa tanto o más inadvertido que el uso de drogas, aun cuando las consecuencias son igualmente graves.

Se considera que una persona sufre un trastorno por uso de psicofármacos cuando cumple al **menos dos** de los siguientes criterios: 1) si los consume por un tiempo mayor del previsto o en cantidades superiores, 2) si existe un deseo persistente de dejar dicho consumo fracasando en el intento,3) se tiene necesidad o ansias de consumirlos, 4) si se consumen a pesar de los problemas persistentes que ello acarrea (discusiones, adormecimiento, excitación, etc), 5)se invierte más tiempo del necesario en conseguir dichos fármacos, 6) el consumo provoca el abandono o la reducción de actividades que antes venía realizando sin problemas 7) consumo en situaciones peligrosas (conducir, manejar objetos, etc) 8) persiste el consumo a pesar de que se tiene un problema físico o psicológico a consecuencia de dicho consumo 9) cuando se desarrolla tolerancia (necesidad de aumentar la dosis para obtener el efecto deseado) 10) síntomas de abstinencia cuando se interrumpe el consumo, 11) incumplimiento de deberes en trabajo, hogar, escuela o centro formativo a causa del consumo de psicofármacos

2.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Generales

1.- A CORTO PLAZO

Recuperación lo más completa y precoz posible de las secuelas inmediatas de orden médico-psico-social:

1.1.- Secuelas somáticas (corporales):

- Alteraciones fisiopatológicas, trastornos de los ritmos vitales, procesos disfuncionales, metabólicos, disciplinas o insomnio, etc...
- Secuelas médicas inmediatas (orgánicas, sistemáticas, neurológicas, etc..).
- Desintoxicación (si se da el caso) o definitiva eliminación de residuos tóxicos, procediendo a una biodepuración para reequilibrar la homeostasis corporal.

1.2.- Secuelas psico-pato-lógicas:

- Apartamiento y olvido de los inmediatos antecedentes de consumo e psicofármacos.
- Recuperación de los trastornos psicológicos secuelares o connotativos a la dependencia: ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones distímicas, conductuales, caracteriales, etc...
- Introyección de pautas sanas de conducta mediante el seguimiento de actividades programadas.

1.3.- Secuelas sociorrelacionales:

- Superación de los estigmas inherentes al tipo de vida llevado (descuido personal, alimentación, problemas laborales, familiares, escolares)

2.- A MEDIO PLAZO

2.1.- Inducción de mensajes y modelos saludables, constructivos y definitivos (ver bases de desarrollo del programa).

2.2.- Maduración psicológica y culminación de la recuperación secuelar referida en el apartado 1.2, previa definición y aclaramiento del/los problema/as.

2.3.- Recuperación de las secuelas somáticas no inmediatas y rehabilitación de las mismas.

2.4.- Reestructuración responsable con paulatina y progresiva introyección de pautas saludables de conducta (lo que incluye la modificación de elementos de personalidad perniciosos).

2.6.- Trabajo familiar continuado y preparatorio.

Específicos

- * Establecer un plan terapéutico para un segmento de población adicta especialmente difícil ya que los fármacos están fácilmente disponibles y la tentación de volver a recaer está patente, El trabajo terapéutico debe ser delicado y profundo al respecto.
- * Promover el cambio en las conductas de riesgo asociadas al consumo de psicofármacos mediante programas de Educación para la Salud, reduciendo así la grave problemática sociosanitaria que circunda dicho fenómeno.
- * Servir como mecanismo de cambio para pacientes que, una vez en tratamiento, soliciten una asistencia de objetivos más ambiciosos y exigentes amplia.
- * Incorporar en la medida de lo posible la dinámica familiar y social al tratamiento a fin de que éstas funcionen como coadyuvantes del mismo y se puedan abordar los posibles factores cuya negativa influencia perjudique el mantenimiento de los logros obtenidos.

3.- POBLACIÓN A LA QUE ESTÁN DIRIGIDOS

- * Adictos a psicofármacos que deseen solventar sus problemas y cumplan los criterios de ingreso a un dispositivo de las características descritas en otros apartados (ver Programa Terapéutico).
- * Pacientes adictos cuyo deterioro psicofísico (y siempre que éste no sea tan grave que requiera atención médica diferente a la que proporciona el centro residencial) o especiales circunstancias (adictas embarazadas, psicopatología asociada, etc.) les haga beneficiarios del cambio de hábitos consumofílicos, patrones psicológicos y relacionales gracias a los programas y actividades incluidas en la dinámica terapéutica del programa.

4.- METODOLOGÍA

- * Se concertará con el usuario y su familia una entrevista previa para saber si el sujeto se adapta al programa y si puede beneficiarse del mismo, informar pormenorizadamente a pacientes y familias de las características de los programas y abrir un historial clínico básico del interesado.
- * La primera etapa (denominada de **Integración Funcional**) comienza cuando el residente ingresa en el centro y - tras superar una fase de desintoxicación si resultase necesaria (ver Programa de Desintoxicación) - se integra paulatinamente en las dinámicas funcionales que conforman la rutina terapéutica diaria del centro (actividades psico y socioterapéuticas, laborales, deportivas y socioculturales) mientras recupera la normalidad psicofísica. Con la frecuencia que sea necesaria tendrá entrevistas con el médico y/o el DUE del centro en las que se valorará su estado de salud, adaptación de la dosis de metadona (en el caso de que se le administre) y supervisión de sus hábitos higiénico-dietéticos. Cabe incluso en este momento que el sujeto plantee la retirada del sustitutivo opioide, intención que será consultada con el profesional sanitario de referencia en el CAD y llevada a cabo en caso de consenso.
- * Cuando se consideran alcanzados los objetivos básicos previstos para esta primera fase, el paciente inicia una etapa denominada de **Maduración**, durante la cual se aborda un trabajo de personalidad cada vez más profundo y extenso a fin de dar consistencia suficiente a la reestructuración iniciada. En esta etapa se planifican salidas de prueba o bien domiciliarias o de otra índole que permitan contrastar los avances con su comportamiento en entornos diferentes al del mismo. Durante esta etapa se mantiene el seguimiento médico, intentando alcanzar un estado físico óptimo que facilite la evolución ulterior del sujeto una vez finalice su estancia en el centro.

5.- ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

(Ver anexos en los diferentes programas)

1.- Actividades Psicoterapéuticas

Pueden ser individuales, grupales y colectivas, según atiendan al plano unipersonal de pequeño grupo (dinámica grupal) o gran grupo (colectivas). Tienen como objetivo abordar los planos anímico-comportamental y reestructurador en lo psicológico, superando la nostalgia o querencia de psicofármacos y procurando la autoafirmación vital del sujeto. Las principales son:

A) PSICOTERAPIAS GRUPALES

Psicoeducativas

Inciden en la identificación, comprensión y aprendizaje de nuevas formas de interacción y estilos de vida a través de la reeducación y el entrenamiento de habilidades sociales tanto de decisión (una vez identificado el problema) como de codificación. Sirven para orientar, dar seguridad y adquirir conocimientos teórico-prácticos sobre la adicción y sus problemas asociados en una primera etapa y para el análisis y ulterior reestructuración de aquellos aspectos psicosociales más íntimamente vinculados a la dependencia en etapas posteriores. Las principales son:

- *Grupo Educativo General*
- *Grupo de E.H.G.(Entrenamiento en Habilidades Generales)*
- *Grupo de Áreas Básicas*
- *Programa Terapéutico*
- *Foro temático*

Funcionales - Organizativas

Dirigidas más a las áreas funcionales de la persona que a las de índole afectivo - emocional. Atienden a los niveles de responsabilidad, ejecución de tareas concretas, organización y cooperación. Son las siguientes:

- *Comentario diario*
- *Mejora Funcional*
- *Revisión funcional*

Estructurales Monográficas

Atienden al repertorio personalizado de elementos psicológicos a considerar (asertividad, autoestima, autocontrol, etc.). En definitiva, al análisis de un/as área/s de la persona.

- *Preparación de Salidas*
- *A.M.P(Actividad Monográfica Psicoterapéutica)*
- *Análisis de Salidas*

Estructurales Grupales

Atienden al repertorio de elementos psicológicos que comparten (de forma análoga o antagónica) los sujetos protagonistas de la sesión, por ejemplo, la historia de vida con episodios afines, actitudes complementarias o diversas, etc. Las principales son:

- *Grupo de E.H.G (Entrenamiento en Habilidades Específicas)*
- *A.G.P (Actividad Grupal Psicoterapéutica)*
- *Magazine*
- *Autoanálisis*

Observacionales

Atienden tanto al plano del análisis y adopción de medidas según la trayectoria y el progreso del paciente en el programa como a la verificación de la cobertura de éstas. Son:

- *Agenda de Autorregistro*
- *Control de Objetivos*
- *Control de Tareas*

Adictológicas

Dirigidas a la prevención de recaídas. Tratan de que el sujeto comprenda y analice su problema con las drogas e identifique qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden acercarle al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente.

- *Programa de Prevención de Recaídas*

B) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Las **psicoterapias individuales** se pautan y desarrollan según las necesidades individuales y evolutivas, sin someterse a horario preestablecido aunque siempre dentro de un margen para que no interfieran con el resto de actividades psicoterapéuticas. Se subdividen en:

- * **Psicoterapia individual** propiamente dicha.
- * **Seguimiento intraprograma** de la evolución individual.

2.- Actividades Socioterapéuticas

Obviamente poseen un carácter grupal, bien microgrupal, bien colectivo o asambleario. Atienden a diferentes aspectos del plano vital, relacional (interrelacional), funcional y - por lo tanto - estructural del individuo, adoptando el paradigma sujeto respecto al grupo (microgrupo o gran grupo) como referente sistemático de trabajo. Algunas de estas actividades son:

1.- **Asamblea:** reuniones colectivas de todos los sujetos que comparten tratamiento en la que se discuten asuntos funcionales, interrelacionales, etc. según un orden del día, áreas de responsabilidad, metas semanales, funcionamiento en actividades, etc.

2.- **Performance socioterapéutico:** análogo a la asamblea pero relativo al análisis de cada grupo o subgrupo y el rendimiento semanal mostrado colectivamente.

3.- **Tareas asignadas:** para realizar en el día a día y de obligado cumplimiento.

4.- **Otros:** reuniones de responsables, monográficos, determinadas actividades dirigidas, etc.

3.- Actividades socioculturales

a) Actividades formativo-académicas

En primera instancia las actividades formativo-culturales se limitan a un nivel básico o a un horario ligero, toda vez que la capacidad comprensiva/aprehensiva está disminuida como secuela inmediata del todavía reciente consumo de drogas. Ulteriormente se progresa y profundiza hasta que la capacidad amnésica y cognitiva se recupere a satisfacción. En general, las más frecuentes son: formación académica, cultura general, sesiones monográficas, visitas culturales, trabajos de la misma naturaleza, etc.

b) Actividades culturales

Siempre abiertas a la inclusión de novedades. Las actividades de esta modalidad más frecuentes son: seminarios y monográficos culturales (uno o dos por semana), diaporamas, vídeos ó póster culturales educación para la salud, revista (a expensas del magazine), cine-club y videoforum mediante videoteca con sesiones preelaboradas y entrega de ficha técnica con ulterior debate postvisionado, taller de expresión plástica y artesanal, taller de teatro y vídeo.

4.- Actividades laborales

Tienen la máxima importancia y son de riguroso cumplimiento. Incluyen varias áreas en cada una de las cuales hay responsables. Se procura que los trabajos sean rotativos y no extenuantes, aunque sí continuados y a buen ritmo. En todo momento se atiende el estado físico y psíquico de cada residente. Tipo de actividades laborales: marquetería y construcción, fontanería, electricidad, etc.; carpintería (ebanistería y carpintería metálica), jardinería, si es posible en la zona del centro de día, talleres varios (artesanía, manualidades, etc.), horticultura (invernaderos, si es posible), servicios: cocina, limpiezas, mantenimiento, lavadero, calefacción, piscina, etc.

5.- Actividades deportivas

El deporte, la alimentación y demás elementos higiénico - dietéticos merecen una especial consideración como complemento indispensable para mantener un cuerpo sano y recuperar la energía vital. Algunas de estas actividades son: gimnasia, deportes varios (en general tienen prioridad los colectivos, donde pueda participar un número amplio de personas), marchas a la montaña (son frecuentes las marchas a refugios de los Picos de Europa), etc.

6.- Actividades lúdicas

Cubren parte del tiempo en que no se desarrolla el resto de actividades. Consideramos que el ocio y tiempo libre necesariamente deben estar bien utilizados, so pena de que el sujeto involucone. El adicto debe disponer de escaso tiempo libre y, aunque puede parecer duro y desproporcionado, pronto se ve en la práctica que un programa apretado de actividades es agradecido por los propios pacientes. Algunas de estas actividades son: acampadas de objeto sociorrelacional, concursos, juegos y festivales (sábados y festivos), teatro y representaciones cómicas o espectáculos músico-teatrales.

6.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Paralelamente a la participación en actividades grupales, cada usuario dispone de un seguimiento individual que completa la intervención terapéutica global, cuyas características se describen en otro lugar del presente trabajo.