

SUBPROGRAMA DE OPIÁCEOS Y SUSTITUTIVO A OPIÁCEOS

FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



ÍNDICE

- 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 opiáceos
- 11.- Aprovisionamiento y custodia de opiáceos
- 12.- Contrato Terapéutico del programa de metadona

1.- INTRODUCCIÓN

Si bien los datos sobre prevalencia del consumo de opiáceos apuntan claramente hacia un descenso de la misma en todos los órdenes, la realidad asistencial continúa planteando la necesidad de fórmulas de aproximación abiertas y flexibles que - desde la inexcusable seriedad terapéutica y profesional - proporcionen alternativas viables para la población de adictos a tales sustancias, máxime cuando en un porcentaje elevado de casos se trata de una población residual que no puede o no está en condiciones de abordar tratamientos de mayor compromiso y trascendencia.

Afortunadamente tanto las Administraciones Públicas como muchas otras entidades dedicadas a las adicciones se han vuelto cada vez más sensibles y abiertas a las necesidades de los adictos a opiáceos y en especial a la utilización de sustitutivos en su asistencia, pasando de una actitud recelosa y distante a una franca aceptación de tales programas que se traduce en la generalización de los mismos y su inclusión en planes terapéuticos más globales. Entre dichas alternativas, los de metadona vienen mostrando su eficacia primeramente como programas de mantenimiento “per se” y en segundo término como método de acercamiento hacia las redes asistenciales para sujetos que, de otra manera, no hubieran accedido a ellas ni se hubiesen beneficiado de los recursos existentes.

No obstante, nuestra opinión es que estos programas deben compaginarse con otro tipo de intervenciones educativas y terapéuticas (sobre todo cuando se llevan a cabo en régimen residencial) que los enriquezcan, ya que no se trata tan sólo de conseguir una reducción del daño o de las consecuencias asociadas a la utilización de opioides sino de establecer una base terapéutica que incremente la permeabilidad dentro de la red asistencial y facilite el tránsito de los pacientes que realizan tratamientos en centros a otros de índole diferente.

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 consumofílicos.
- Recuperación de los trastornos psicológicos secuelares o connotativos a la drogodependencia: alteraciones distímicas, conductuales, caracteriales, etc...
- Introyección de pautas sanas de conducta mediante el seguimiento de actividades programadas y el remedo de modelos válidos para el advenedizo.

1.3.- Secuelas sociorrelacionales:

- Superación de los estigmas inherentes al tipo de vida llevado (descuido personal, aseo, alimentación, argot y empobrecimiento semántico, aliño indumentaria, forma marginal o caprichosa de relacionarse, etc..).
- Principio de un nuevo standard de relación con la familia y compañeros.
- Gestión y búsqueda de resoluciones a otros posibles problemas colaterales (jurídicos, laborales, etc.).

2.- A MEDIO PLAZO

2.1.- Inducción de mensajes y metamensajes 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).

2.5.- Formación cultural y/o académica.

2.6.- Trabajo familiar continuado y preparatorio.

2.7.- Gestión social, laboral, social individualizada.

Específicos

- * Establecer un plan terapéutico para un segmento de población adicta especialmente difícil que, de otro modo, no podría beneficiarse de programas más restrictivos.
- * Facilitar la administración de una sustancia opioide controlada sanitariamente a aquellos pacientes que no puedan inicialmente mantener la abstinencia por otros medios o cuya situación sea tan precaria que sólo les beneficie un programa con sustitutivos.
- * Promover el cambio en las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas 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 opiáceos que deseen solventar sus problemas con las drogas y cumplan los criterios de derivación a un dispositivo residencial de las características descritas en otros apartados (ver Programa Terapéutico).
- * Pacientes adictos cuyo deterioro psicofísico (y siempre que éste no sea tan grave que invalide la prescripción de tratamiento residencial o que requiera atención médica diferente a la que proporciona el centro residencial) o especiales circunstancias (adictas embarazadas, psicopatología asociada, etc.) les haga beneficiarios no sólo del mantenimiento con sustitutivos sino del cambio de hábitos consumofílicos, patrones psicológicos y relacionales gracias a los programas y actividades incluidas en la dinámica terapéutica de los centro residenciales. En el caso de menores que pudieran beneficiarse de un programa de metadona se necesitaría una evaluación exhaustiva complementaria, amén de la prescriptiva autorización paterna y/o judicial.

4.- METODOLOGÍA

- * Una vez realizada la derivación del caso por parte del CAD de origen, 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 del residente en el centro con su comportamiento en entornos diferentes al del mismo y sirvan para que el sujeto concierte entrevistas con su Profesionales de Referencia en el CAD a fin de preparar su salida del centro y de que no se produzcan interrupciones en su proceso terapéutico. 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 consumofilia 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 afectivo - emocionales. Atienden a los niveles de responsabilidad, ejecución de tareas concretas, organización y cooperación. Son las siguientes:

- *Comentario Postprandial*
- *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 involucre. 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.

SEGUIMIENTO Y CONTROL TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS A OPIÁCEOS

A parte de la memoria trimestral a realizar según lo dispuesto en el Anexo II de la Orden Ministerial de 31 de octubre de 1.985, el centro aplicará los distintos protocolos utilizados tanto en el historial clínico de cada paciente (de confección propia) como pruebas estandarizadas complementarias que permitan la confección de una amplia gama de estudios de evaluación de los programas, así como el seguimiento individualizado de cada paciente médico-psico-social

Serán objeto de seguimiento médico:

- **Estado de salud:**
 - Anamnesis y exploración
 - Prescripciones. Modificaciones y cumplimiento de las mismas
 - Seguimiento de la patología asociada
 - Prevención de posibles infecciones

- **Proceso de tratamiento con Metadona:**
 - Valoración de sintomatología de síndrome de abstinencia o sobredosificación
 - Existencia de ansiedad y/o insomnio
 - Interacciones medicamentosas
 - Efectos secundarios
 - Pautas de reducción
 - Cumplimiento de las normas de tratamiento

- **Hábitos higiénico- dietético:** Educación sanitaria con adaptación a la patología y situación global de cada sujeto.
- Determinaciones analíticas de drogas de abuso en orina, con una periodicidad al menos de 2 veces por semana, mediante inmunoensayos de polarización fluorescente (FPIA), con cuantificación de los diferentes metabolitos de drogas de abuso (sistema ADX de laboratorios ABBOTT CIENTIFICA S.A).

APROVISIONAMIENTO Y CUSTODIA DE OPIÁCEOS

La obtención de la metadona será a través de un distribuidor de farmacia de en forma de Clorhidrato de Metadona 10 mgrs/ml.

Una vez en el centro se mantiene refrigerada hasta su utilización en una caja fuerte ubicada en un cuarto habilitado para tal fin, el cual carece de ventanas y a cuyo acceso sólo es posible a través de un despacho con puerta de seguridad y sistema de alarma.

CONTRATO TERAPEUTICO DEL PROGRAMA DE METADONA

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I.:

DOMICILIO

HOSPITAL DE REFERENCIA:

MEDICO RESPONSABLE DEL P.M.:

FECHA:

1. El tratamiento con Metadona es totalmente voluntario.
2. Se informa de otras alternativas de tratamiento para la dependencia de opiáceos
3. La Metadona es un medicamento opiáceo, activo por vía oral durante más de 24 horas. Entre sus efectos deseables produce tolerancia y dependencia, apareciendo síndrome de abstinencia al dejar de tomarla.
Existe el peligro de provocar la muerte por sobredosificación si se toman otras sustancias (opiáceos, hipnosedantes, alcohol).
Respecto al estado de salud concreto del usuario firmante, pueden estimarse como posibles, además, los siguientes riesgos:
.....
.....
4. Se informa de las normas del Programa de Metadona:
 - 4.1. Ingerir el jarabe de Metadona en presencia del responsable.
 - 4.2. Realizar los urino-controles toxicológicos propuestos por el P.M.
 - 4.3. Queda absolutamente prohibido tener o consumir cualquier tipo de droga o sustancia psicoactiva. No se podrá tomar otra medicación que la indicada o autorizada por el médico de la C.T., pudiéndose, además, realizar sin previo aviso pruebas, controles de orina, registros, etc., a instancias del Equipo Técnico
5. De acuerdo con la legislación vigente, la Comisión Reguladora de Tratamientos con Opiáceos de la C.M., tiene la facultad de suspender el tratamiento del interesado, si se incumple la normativa arriba señalada.
En este supuesto se garantiza exclusivamente la dispensación de Metadona en dosis decrecientes durante 21 días.
6. Se puede solicitar la suspensión de este tratamiento en cualquier momento y si se toma esta decisión se realizará una desintoxicación con control médico.

Tras recibir y entender la información anteriormente señalada, el abajo firmante ACEPTA la prescripción de Clorhidrato de Metadona y el cumplimiento de las normas, eximiendo al personal del Programa de Metadona de toda responsabilidad que del mal uso de la sustancia se derive.

En _____, a _____ de _____ de 2.00

Firma del usuario

Firma del médico