



# **PLAN DE EVALUACIÓN Y SISTEMA DE REGISTROS**

## **FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL**



## **SISTEMA DE REGISTROS**

Todos los datos de carácter personal relativos a los pacientes y sus familias serán recogidos en una base de datos protocolizada e informatizada, la cual está dada de alta en la Agencia de Protección de Datos y cumple con las medidas de seguridad que figuran en el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, que garantizan la seguridad de los datos de carácter personal objeto de tratamiento, y evitar así su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, así como a la obligación indefinida de secreto y confidencialidad de la información recibida por Instituto Spiral durante el tratamiento. Esta obligación de confidencialidad se extenderá con posterioridad a la finalización del contrato.

Al ingreso en el centro el interesado y firma un contrato y un reglamento que recogen los derechos y deberes tanto del paciente como Instituto Spiral, así como las normas y pautas a seguir durante el proceso terapéutico.

Instituto Spiral remitirá al centro de referencia correspondiente un informe de evaluación, con carácter bimensual, y de alta, cuando esta tenga lugar, donde se recoja la situación del sujeto en el momento del informe, personalidad y psico(pato)logía, situación sociofamiliar, evolución, diagnóstico (-s), tratamiento psiquiátrico si fuese preciso y, por último, objetivos, intervención terapéutica y recomendaciones.

Con periodicidad anual, Instituto Spiral presentará una memoria que recogerá información sobre las características más significativas del perfil de los drogodependientes atendidos y datos de atención.

Instituto Spiral notificará al centro de referencia correspondiente - telefónicamente y por fax - cualquier tipo de incidencia (salidas, entradas, etc.), en un plazo inferior a las 24 hs. a excepción de que dicha incidencia ocurriese en fin de semana.

**Para garantizar la integridad de los datos y la calidad asistencial La Fundación Instituto Spiral tiene implantando el sistema de calidad, ISO 991.**

## **SISTEMA DE EVALUACIÓN**

La evaluación es un proceso a través del cual el clínico obtiene una información relevante para el diagnóstico y tratamiento. En la práctica diaria los elementos imprescindibles en todo proceso evaluador son la detección y el diagnóstico. A ellos se le añaden una serie de instrumentos, según la orientación terapéutica, que aportaran información relevante para la planificación del tratamiento.

Distinguimos tres tipos de evaluación:

- Evaluación de resultados referida a tres momentos terapéuticos.
- Evaluación funcional relativa a la cualidad y cantidad de intervenciones.
- Evaluación sustractiva de la infraestructura técnico-material.

### **1. EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

En el ámbito asistencial se refiere, en líneas generales, tanto a la efectividad real de los programas como a la eficiencia, correlación eficacia/coste económico de los mismos.

Hay TRES momentos cronológicos importantes para la evaluación:

- 1º) ANTES de iniciar el programa.
- 2º) DURANTE el desarrollo del programa.
- 3º) DESPUES de obtener el alta del programa.

**El primer momento evaluativo:** se hace *antes* de que el paciente ingrese en el programa terapéutico. En todo proceso terapéutico se debe de realizar la evaluación específica del caso para así decidir cual va a ser el plan de tratamiento y la propuesta de contrato que se va hacer al paciente y donde se establece la alianza terapéutica. El análisis de todas las pruebas (estudio médico, psicológico y social, familiar, etc.) concluye en un expediente clínico

que contiene un diagnóstico que a su vez lleva implícito un pronóstico inicial y la elección de una vía terapéutica idónea.

Desde una perspectiva amplia el diagnóstico debe llevar aparejado un claro entendimiento de la etiología, desarrollo, expresión de la enfermedad, la formulación de estrategias terapéuticas, algunas nociones sobre el pronóstico y sobre la eficacia de los tratamientos.

Los instrumentos diagnósticos que utilizamos son

- Historia clínica adictiva (ficha de identificación, motivo de consulta, historia de consumo, patrón de consumo, impacto somático del consumo de drogas en todos los aparatos y sistemas, tratamientos anteriores, antecedentes familiares, antecedentes personales, comorbilidad psiquiátrica, etc.) y un relato biográfico que nos ayuda a establecer el diagnóstico y los objetivos del tratamiento.
- La entrevistar estructuradas adaptadas para los criterios de las diferentes taxonomías (DSM o CIE).
- También son útiles en este momento, en los casos de alcoholismo, los test de CAGE, MAST; MALT y AUDIT.

***El segundo momento evaluativo:*** se lleva a cabo durante el desarrollo de las etapas terapéuticas (intraprograma) siendo los principales instrumentos de evaluación a este nivel los siguientes:

- Fichas de observación y seguimiento cubiertos por miembros del equipo técnico.
- Protocolos de autoanálisis que cumplimenta el propio paciente.
- Informes de evaluación cumplimentados por los profesionales del centro.
- Informes periódicos de evolución intraprograma realizados por los técnicos del centro.
- Hojas de evolución intraprograma.

Otros instrumentos de evaluación útiles en este momento son:

- El inventario de depresión de Beck
- Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC)
- Índice de calidad del sueño
- La escala de impresión clínica global
- Escala de búsqueda de sensaciones
- Escala breve de evaluación psiquiátrica
- Escala de anhedonia física

**El tercer momento evaluativo** y más importante: se efectúa después que el paciente ha realizado el programa, sea total o parcial (post-programa), siendo el principal instrumento de evaluación a este nivel el cuestionario DARP-M (drug abuse reporting programme) modificados en sus formas "A" (para técnicos) y "B" (para cumplimentar por usuarios y familiares) que se cumplimentan según tres modalidades:

- I) Entrevista directa técnico-paciente con pase de protocolo DARP-M en su forma A (para técnicos) que se aprovecha, además, para recoger muestras de orina y determinar metabolitos de drogas.
- II) Entrevistas telefónicas técnico-paciente con pase de protocolo indistintamente en sus formas A o B.
- III) Cuestionario postal remitido por duplicado, para la familia y el paciente en su forma B (adaptado para personas no técnicas).

Cuadro 1: **Evaluación de resultados**

<b>Momento terapéutico</b>	<b>Métodos evaluativos</b>
<p style="text-align: center;"><b>PREVIOS</b> (al inicio del programa terapéutico)</p>	<p>Cuestionarios informatizados:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Protocolo de Evaluación inicial</li><li>2) Estudios médico, psicológico, social.</li><li>3) Historia clínica básica</li><li>4) Test de CAGE, MAST; MALT y AUDIT.</li></ol>

<b>INTRAPROGRAMA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fichas de observación y seguimiento (técnicos)</li><li>▪ Protocolos de autoanálisis (sujetos)</li><li>▪ Informes de evaluación (como actividad terapéutica), (sujetos)</li><li>▪ Hojas de evolución intraprograma (técnicos)</li><li>▪ Informes de valoración periódica (técnicos)</li><li>▪ El inventario de depresión de Beck</li><li>▪ Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC)</li><li>▪ Índice de calidad del sueño</li><li>▪ La escala de impresión clínica global</li><li>▪ Escala de búsqueda de sensaciones</li><li>▪ Escala breve de evaluación psiquiátrica</li><li>▪ Escala de anhedonia física</li></ul>
<b>POSTPROGRAMA</b>	Protocolos DARP-M: forma A, forma B. Protocolos clínicos (M.P.S.) de seguimiento

Las áreas que exploran dichos protocolos (verificados y validados desde 1986) son los siguientes:

I) Consumo (magnitud, calidad, abstinencia, perfil de consumo).

- II) Área psicológica (vitalidad, madurez y autoconfianza, tolerancia a la frustración, estabilidad afectivo-emocional, hedonismo y consumismo, sinceridad egoísmo, toxicofilia, conducta salud psicológica).
- III) Área sociolaboral-familiar (relaciones familiares, problemática y colaboración familiar, residencia, ambiente en que se mueve, hábitos y régimen de vida, trabajo, estudios, actividades, etc....).

## **2. EVALUACIÓN FUNCIONAL**

Consiste en la extracción de índices acerca de las actividades asistenciales de los distintos programas y en la definición y cuantificación de dos actos asistenciales que se realizan dentro de cada momento terapéutico.

- I) Índices de actividad asistencial: Informaciones numéricas que describen la actividad desarrollada por los diversos programas que componen el área asistencial. Se considera tres tipos de índices:

- a) Índices de actividad.
- b) Índices de resultado.
- c) Índices de recursos.

- II) Actos asistenciales: cuantificación y cualificación de aquellas intervenciones sobre el paciente y/o su entorno dirigidas a implementar el proceso, plan o programa terapéutico en cualquiera de sus fases y etapas, de las cuales podemos distinguir tres momentos evaluativos:

### **a) Pre-tratamiento:**

Evaluación de las demandas de información y/o orientación hechas al instituto, de las primeras entrevistas y estudios diagnósticos realizados y de las desintoxicaciones que fueron necesarias (puesto que consideramos a las mismas como etapas previas que preparan al nuevo paciente para su trayectoria terapéutica).



**b) Durante el tratamiento:**

Los actos y actividades que se desarrollan en los programas, su cantidad, calidad y resultados configuran una parte muy importante dentro de la evaluación funcional, así:

- Actos o actividades individuales: número, frecuencia y eficacia de las consultas médicas, psicológicas y sociales.
- Actos o actividades grupales: número, frecuencia y resultados de las actividades psico y socioterapéuticas, laborales, deportivas, etc. que conforman los programas así como de aquellas otras incluidas en la terapia familiar.
- Informes y certificaciones: número, tipo, frecuencia y destinatario de los informes que se emiten sobre la evolución, trayectoria y situación personal de cada paciente.

**c) Post-tratamiento:**

Momento muy relacionado con la evaluación de resultados, supone la cuantificación de las entrevistas de seguimiento, los contactos telefónicos y el envío y recepción de cuestionarios de aquellas personas que finalizan o abandonan los programas.

Cuadro 2: **Evaluación funcional**

Índices de actividad asistencial	Indicador
Índices de actividad	Índice de rotación Estancia media Índice de ocupación
Índices de resultados	Tasa de altas terapéuticas Tasa de expulsiones Tasa de abandonos Tasa de retención
Índices de recursos	Relación personal / paciente Coste medio por proceso atendido Masa salarial
Momento terapéutico	Actos asistenciales
PRE-TRATAMIENTO	Nº de demandas de información/orientación Nº de primeras entrevistas Nº de estudios diagnósticos Nº de desintoxicaciones
DURANTE EL TRATAMIENTO	Nº de actos o actividades individuales Nº de actos o actividades grupales Nº de informes y certificaciones
POST-TRATAMIENTO	Nº de entrevistas personales Nº de entrevistas telefónicas Nº de entrevistas epistolares
Recursos	Tipo de recurso Actividades desarrolladas Niveles operativos Funciones Características e infraestructura material Personal

Ocupación de plazas	Capacidad máxima Ocupación media Clasificación de las plazas ocupadas Balance económico
---------------------	--

### 3. EVALUACIÓN SUSTRACTIVA

Se centra en una evaluación de la cantidad, calidad y características de los recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta el Instituto para alcanzar los objetivos previstos en sus programas (ver esquema 1). Los parámetros de evaluación serían:

- a) Recursos: tipo de recursos, actividades que desarrolla, niveles operativos y funciones del mismo, características, infraestructura y personal con que cuenta.
- b) Plazas: capacidad máxima ofertada, ocupación, clasificación y distribución (por áreas, estamentos, etc.) de las mismas y balance económico.

### 4. SEGUIMIENTO DE PACIENTES

Se utiliza el protocolo específicos DARP-modificado

Metodología: Protocolo DARP-modificado en sus formas A (para técnicos) y B (adaptado a la población general), siguiendo 3 modalidades de cumplimentación:

- A) Entrevista directa técnico-paciente con pase de protocolo DARP-m en su forma A (para técnicos).
- B) Entrevista telefónica técnico-paciente con pase de protocolo indistintamente en sus formas A ó B.

C) Cuestionario postal, remitido por duplicado, para la familia y el paciente en sus formas B (adaptado para personas no técnicas).

Las áreas que exploran dichos protocolos (verificados y validados desde 1986) son las siguientes: I CONSUMO (magnitud, cualidad, abstinencia, perfil de consumo). II AREA PSICOLÓGICA (vitalidad, madurez y autoconfianza, tolerancia a la frustración, estabilidad afectivo-emocional, hedonismo y consumismo, sinceridad, egoísmo, toxicofilia, conducta, salud psicofísica). III AREA SOCIOLABORAL-FAMILIAR (relaciones familiares, problemática y colaboración familiar, residencia, ambiente en que se mueve, hábitos y régimen de vida, trabajo, estudios, actividades, etc.).

Consideramos, además, que evolucionan favorablemente aquellos cuyos porcentajes en la evaluación final son óptimos y/o favorables (entre 0 y 18 puntos). Límite los que tienen entre 19 y 22 puntos y desfavorable aquellos con 23 ó más puntos.

## **5. ASESORAMIENTO ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN A FAMILIARES**

Como resulta lógico, el proceso individual de rehabilitación se implementa en paralelo al familiar, de manera que se obtenga una actuación sinérgica entre ambos planos.

Además del asesoramiento mutuo incluido como principio y objetivo del programa de Terapia Familiar, equipo y familia mantienen contactos habituales telefónicos que sirven para mantener un feedback continuo sobre la evolución del paciente. A este fin, existen una serie de Cuestionarios de Evaluación Familiar que sirven para satisfacer los objetivos antes señalados y muchos más de carácter terapéuticos.

### **Bibliografía:**

1. Alison Bishop. (1994). La mujer y la adicción al alcohol, en *Addictus*, año 1, núm. 1, Cuernavaca, Morelos, marzo-abril de, pp. 23-26.

2. Anderson, D.J. (1981). Perspectives on treatment. Hazelden Foundation: USA.
3. Bergeret, J.(1982). Toxicomanie et personnalité, ed. PUF.
4. Bissel, L. y Royce, J. (1987). Ethics for addiction professionals. Hazelden Foundation: USA.
5. Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. International Journal of the Addictions, 25 (9A- 1 OA), 1085-1140.
6. Cirillo, S.; Berrini, R.; Cambiaso, G.; Mazza, R.(1996) La famiglia del tossicodipendente, Cortina Editore, Milano.
7. Deutch, H. (1925). The psychology of women in relation to the function of reproduction. International Journal of Psycho-Analysis, 6, p. 405.
8. Díez M., Caballero L. y Muñoz P.E. (1998). Estudio descriptivo de los Drogodependientes que iniciaron tratamiento en los Centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86 en Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
9. Dweck Carol. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology. Pag. 441 - 452.
10. Ey Hary.( 1978). Traité de Psychiatrie. Masson. Paris.
11. Gomberg, E.S. Lisansky, J.M. (1984). Antecedents of alcohol problems in women. New York : The Guilford Press,

12. Harb, J.J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.
13. Hospital psiquiátrico de Zamudio. (1999). Taller sobre patología dual.
14. Hyde Janet. (1995). *Psicología de la mujer*. Ed. Morata. Madrid.
15. Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744
16. KORT, ELKE (1998). Modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. *Revista de Trabajo Social*, 22:52-57. Universidad Nacional Autónoma De México (UNAM): México.
17. Lips Hillary. (1989 ). *Gender - role socialization: Lessons infeminisity*. Moratin Wiew C.A. Mayfield.
18. Llopis Llacer, J.J. (1997): " Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia." Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol., pp 363-398. Madrid 1998.
19. Mayor Martínez, L.; Cano Pérez, L.; López Camps, R.(1999). De la exclusión a la complementariedad: una perspectiva psicológica del tratamiento de las drogodependencias. *revista información psicológica* (70): 22-26, 14 ref.
20. Merino Fernández, R.; Claro Gómez, J. (1990). Sucesos vitales y alcoholismo femenino. *Anales de Psiquiatría* 6 : 35-45
21. Moore Henvieffa. (1991). *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra. Madrid.
22. National Institutes on Drug Abuse. (1996). *Métodos de tratamiento para la mujer* 12964.

23. Ormer Sherry. (1984). Theory in anthropology since the sixties. Comparative studios in Society and history.
24. Ortner Sherry and Whit Rhead( 1981). Introduction: accounting for sexual meanings". Sexual Meanings Cambridge University Press.
25. Ortner Sherry. (1974). Is Jenale to male as natura is to culture? en M. Rosaldo y L. Lamphere (eds). Standford University Press.
26. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999.
27. Powel, D.J. (1993). Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling. Lexington Books: New York.
28. Sánchez Hervás, E; Tomás Gradolí, V. (1996) Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de dependientes a opiáceos.
29. Sirvent Ruiz Carlos. (1990). Programa Terapéutico Femenino. Fundación Instituto Spiral.
30. Sirvent Ruiz, Carlos. (1998). Breve historia significativa de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en España.
31. Sirvent Ruiz, Carlos. (1998). Cuerpo e Identidad Femenina. Seminario Internacional sobre la Mujer Toxicómana. Santarém (Portugal).
32. Sirvent Ruiz, Carlos. (1995). La Mujer Drogodependiente. Fundación Instituto Spiral e Instituto de la Mujer. Madrid.
33. Stocco, P. (1998). Identidad femenina, entre el riesgo y la protección. Adicciones, Vol. 10, nº 2.

34. Swan, N. (1998). Innovative treatment helps traumatized drug-abusing women. En, *NIDA Notes*, Vol. 13, N° 2.