

PROJECTE HOME BALEARS

# PROGRAMAS AMBULATORIOS DE COCAINA

ESTHER PASÁN MORA  
PROJECTE HOME BALEARS

# PROYECTO HOMBRE

- Es una ONG sin ánimo de lucro, aconfesional y apartidista cuyo fin es el tratamiento de las adicciones, desde la prevención hasta la reinserción.
- La idea en la que se basa del tratamiento es que el problema reside en la persona y no en la sustancia.

## BASES TEÓRICAS DEL TRATAMIENTO

- Perspectiva bio-psico-social
- Bases en la psicología humanista – sentido de la vida
- Centrada en la persona
- Trabajo en equipo
- Multidisciplinar
- La autoayuda y el trabajo grupal
- Modelo del cambio de Prochaska y Di Clemente

## COMIENZO DE LOS PROGRAMAS DE COCAINA

- Evolución del perfil del consumidor.
- Aparición de un nuevo perfil más estructurado a nivel personal, familiar y socio-laboral por lo que aumenta la demanda.
- Dificultades de integración en las Comunidades Terapeúticas.

## PERFIL DEL CONSUMIDOR DE COCAINA EN ESPAÑA

- Mayor estructura personal, familiar, social y laboral
- Puede ser a la vez consumidor de alcohol y THC
- Vía de consumo preferente – intranasal.
- Con o sin problemas judiciales
- Generalmente historia de consumo con períodos de abstinencia

## NOVEDADES EN EL PERFIL

- Incremento de usuarios que acuden con patología dual: psicosis cocaínica, depresión crónica, trastornos bipolares.
- Edades comprendidas entre 15 y 65 años
- Ex consumidores de heroína.
- Usuarios en tratamiento con metadona.

## PERFIL DEL USUARIOS DE PROGRAMAS AMBULATORIOS

- Razonable estructura personal, social, familiar y laboral.
- A partir de los 21 años.
- Sin historia larga de ingresos en prisión.
- Consumidores de cocaína como sustancia preferente.

## PERFIL USUARIO HORABAIXA

### Programa Horabaixa 2005

#### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

- 93% que recibieron tratamiento son varones.
- La edad media es de 31 años.
- Un 50% están casados o viven en pareja.
- Están laboralmente activos un 98.5%.

#### DATOS MEDICOS

- Infeccionados de hepatitis 10%
- Infeccionados VIH 4%
- Problemas salud crónicos 13.4%

#### DATOS CONSUMO DE DROGAS

- Un 80.9% consumen cocaína y alcohol
- 12.4% consumen heroína y otras drogas
- Solamente un 18% de los usuarios han realizado un tratamiento previo.

## EDADES DE INICIO PROGRAMA HORABAIXA 2005

### EDADES DE INICIO DE CONSUMO ( AÑOS ) :

- Cannabis : 16
- Alcohol: 16
- Cocaína: 22
- Heroína :22

### TIEMPO MEDIO DE CONSUMO ( AÑOS):

- Cannabis: 5
- Alcohol: 11
- Cocaína: 8
- Heroína : 0

## Fortalezas y dificultades derivados del perfil

- La persona puede realizar el tratamiento siguiendo su dinámica habitual de vida
- Permite mayor flexibilidad e individualización del proceso
- Muy fácil acceso a la terapia
- Requiere mayor refuerzo exterior para controlar situaciones de riesgo
- Dificultades en los casos de patología dual
- Implica hacer un trabajo con las recaídas

## EL ENFOQUE BIO-PSICO-SOCIAL

- ENFOQUE BIOLÓGICO: la neurofisiología de la adicción cocaínica.
- ENFOQUE PSICOLÓGICO: la adicción como respuesta disfuncional a situaciones de estrés vital, como falta de sentido de la vida, como manera de escapar de la realidad.
- ENFOQUE SOCIAL: el papel de la adicción en el contexto familiar, laboral, de ocio etc.

## LA NEUROFISIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN.

- Está en la base del abordaje en relación al: establecimiento de normas y límites, el trabajo con las recaídas, la prevención de recaídas y el trabajo con el tema alcohol.
- Es uno de nuestros puntos débiles en cuanto a la formación médica y respecto al trabajo en casos de patología dual.
- Se intenta trabajar en el sentido de mejorar la formación y colaborar estrechamente con los médicos.

## EL ENFOQUE PSICOLÓGICO

- El problema es la persona que decide consumir drogas y no la sustancia.
- La persona es capaz de salir de un problema de adicción cuando le ofrecen las condiciones para optar por la abstinencia.
- La persona tiene que encontrar un porqué y nosotros le acompañamos para encontrar el cómo.
- La persona tiene recursos y capacidad de aprendizaje, se trata de encontrar una buena motivación.

## ENFOQUE SOCIAL

- El entorno de la persona puede representar un factor de riesgo o de protección.
- En el grupo de iguales se potencia la motivación, el modelaje y el auto-conocimiento a través de la confrontación.
- La familia es la primera fuente de aprendizaje de la persona y a veces esconde conflictos que se deben solucionar (perspectiva sistémica).

## Frotalezas y debilidades del enfoque bio-psico-social

- Permite un enfoque global de la problemática
  - Implica cambios en varias áreas
  - Favorece la maduración a varios niveles.
  - Se aprovechan todos los recursos
- Requiere implicación de varias personas
  - Supone un proceso terapéutico largo
  - Requiere mucha implicación y motivación
  - Es exigente en cuanto a objetivos

## Estructuración del programa

- Primeras entrevistas: n° variable
- Fase I: aprox. 6 meses
- Fase II: aprox. 8 meses
- Fase III: aprox. 8 meses
- Alta terapéutica

## FASE DE DIAGNÓSTICO

- Su principal objetivo es motivar a la persona para el tratamiento.
- Se realiza el diagnóstico de la gravedad de la adicción (ASI), se recoge información sobre la familia, trabajo, amistades, motivación e historial de consumo.
- La realiza la Unidad de Diagnóstico.
- Viene la persona, acompañado de personas de su entorno más cercano.

## Fase de diagnóstico

- Durante las entrevistas se trabaja para conseguir la abstinencia y establecer unas pautas de prevención de consumo: no beber alcohol, no ir solo fuera del trabajo y no llevar dinero.
- La técnica de trabajo está basada en metodología de la entrevista motivacional y negociación cooperativa.

## EL CONTRATO TERAPÉUTICO

- Lo firma la persona y se establecen 3 normas básicas: no consumo de drogas dentro del centro, no violencia, no relaciones sexuales dentro del mismo o en las actividades relacionadas.
- Supone el primer compromiso de la persona con la terapia.

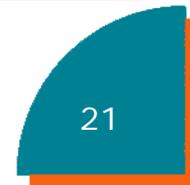
## FASE I

- Los objetivos están centrados en las siguientes áreas; COMPORTAMENTAL ( hábitos de conducta), COGNITIVA (concienciación y motivación para el cambio; EMOTIVA ( análisis de las propias emociones) y SOCIAL (relaciones interpersonales y tiempo libre).
- Se trabaja sobre las situaciones de riesgo de consumo, craving, estímulos diferenciales etc
- A final de ésta la persona tiene una asignación económica y puede ir solo en situaciones controladas.



## FASE II

- El trabajo se mantiene por áreas igual que en Fase 1 aunque los objetivos son diferentes a nivel cualitativo.
- Trabajo centrado en análisis y cambio de cogniciones.
- Identificación y gestión emotiva.
- Se trabaja la relación con la familia.
- Importancia en el trabajo de resocialización.
- A final de esta fase la persona debe funcionar de forma autónoma.
- Asiste al centro 2 veces por semana.



## FASE III

- Es una fase de consolidación y verificación de los objetivos alcanzados en fases anteriores.
- La persona acude una vez por semana.
- Se trabaja el tema de valores y toma de decisiones.
- La persona funciona de forma completamente autónoma.

## ALTA TERAPÉUTICA

- El alta terapéutica se realizará de forma grupal.
- Puede ser propuesta por el usuario o por el equipo terapéutico.
- Se valorarán los cambios producidos en las diferentes áreas en las que se ha trabajado, evaluando junto con el usuario y la familia los diferentes objetivos específicos marcados en cada fase.
- Se ofrecerá a los usuarios que obtengan el alta terapéutica la posibilidad de colaborar como co-terapeutas voluntarios en los grupos de autoayuda y temáticos que se realicen en el programa **Horabaia**.

## INSTRUMENTOS TERAPEUTICOS

- Grupos de auto-ayuda
- Entrevistas individuales.
- Grupos familiares.
- Grupos de seguimiento.
- Grupos monográficos.
- Convivencias de fin de semana.
- Grupos históricos
- Programaciones de tiempo libre y económicas.



## TRABAJO EN EQUIPO

- Es una de las grandes fortalezas del programa.
- Está compuesto de terapeutas de varias especialidades, con una única formación en los instrumentos de trabajo del programa, sin actuar desde la perspectiva de cada profesión sino incorporando su experiencia en el equipo.

## PROGRAMAS DE COCAINA EN ESPAÑA

- No existe una unidad metodológica pero sí una unidad de enfoque y en cuanto a las bases teóricas.
- Es fruto, por una parte del hecho que son programas nuevos (5 años apróx.) y de la gran flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades de los usuarios.

## RESULTADOS

- Las primeras altas son del año 2001.
- Son programas que atraen muchos usuarios.
- Tienen un índice de retención alto (superior a un 50%).
- Durante el año 2006 han pasado por el Programa Horabaixa 249 personas.
- Tiene un alto porcentaje de altas terapéuticas (alrededor de un 20% de todas las personas que iniciaron tratamiento).

## VOLUTARIADO

- Son una gran fortaleza y están implicados en todas las áreas de tratamiento.
- Los forman ex usuarios, familiares y amigos.
- Tienen su propia asociación y están organizados y gestionados por la parte administrativa.