



Diputación
de Cádiz

IGUALDAD
Y BIENESTAR SOCIAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES



**Servicio Provincial de
Drogodependencias de Cádiz**

ÍNDICE

1. [Presentación.](#)
2. [Modelo de Intervención Asistencial. Principios y Actuaciones Generales.](#)
3. [Protocolo de Intervención Asistencial. Proceso de atención ambulatoria a la persona con problemas relacionados con las adicciones.](#)
4. **Protocolos auxiliares:**
 - [Determinaciones de Drogas en Orina.](#)
 - [Elaboración y Emisión de Informes.](#)
 - [Asesoramiento Jurídico a Usuarios.](#)
5. **Protocolos de ámbito preferentemente farmacológico:**
 - [Tratamientos de Desintoxicación de Sustancias Psicoactivas a nivel domiciliario.](#)
 - [Tratamientos Farmacológicos aplicables en la deshabituación de Opiáceos y Alcohol.](#)
 - [Tratamiento con Agonistas Opiáceos \(Metadona\).](#)
6. **Protocolos de derivación y Coordinación con recursos externos:**
 - [Derivación a UDH.](#)
 - [Derivación a CCTT.](#)
 - [Derivación a VAT/VAES.](#)
 - [Derivación a VAR.](#)
7. **Programas-Guías específicos:**
 - [Introducción a los Programas Guía.](#)
 - [Intervención Juego Patológico.](#)
 - [Intervención Adicciones Comportamentales.](#)(No Ludopatías)
 - [Intervención Tabaquismo](#)
 - [Intervenciones con familias y usuarios en situación de riesgo.](#)
8. **Protocolos de Incorporación Sociolaboral:**

- [Protocolo de Actuación en el Programa Red de Artesanos.](#)
- [Protocolo de Intervención para la participación en el Programa Arquímedes.](#)

9. *Protocolos en los que intervienen otras instituciones:*

- [Protocolo de Intervención con usuarios que demandan a Remisión de Sanciones Administrativas por Consumo de Drogas.](#)
- [Protocolo de Actuación y Coordinación en materia de menores a los que se les imponen medidas de carácter ambulatorio por consumo de drogas.](#)
- [Protocolo de Actuación ante los usuarios procedentes de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas y Centros de Inserción Social.](#)
- [Intervención en Instituciones Penitenciarias a través de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias.](#)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: Acceso Rápido a los Protocolos.

■ <u>Presentación.</u> ■ <u>Modelo de Intervención Asistencial. Principios y Actuaciones Generales.</u> ■ <u>Protocolo de Intervención Asistencial. Proceso de atención ambulatoria a la persona con problemas relacionados con las adicciones.</u>	
Protocolos auxiliares: ■ Determinaciones de Drogas en Orina. ■ Elaboración y Emisión de Informes. ■ Asesoramiento Jurídico a Usuarios.	Protocolos de ámbito preferentemente farmacológico: ■ Tratamientos de Desintoxicación de Sustancias Psicoactivas a nivel domiciliario. ■ Tratamientos Farmacológicos aplicables en la deshabituación de Opiáceos y Alcohol. ■ Tratamiento con Agonistas Opiáceos (Metadona y Buprenorfina).
Protocolos de derivación y Coordinación con recursos externos: ■ Derivación a UDH. ■ Derivación a CCTT. ■ Derivación a VAT/VAES. ■ Derivación a VAR.	Programas-Guías específicos: ■ Intervención Juego Patológico. ■ Intervención Adicciones Comportamentales. ■ Intervención Tabaquismo ■ Intervenciones con familias y usuarios en situación de riesgo.
Protocolos de Incorporación Sociolaboral: ■ Protocolo de Actuación en el Programa Red de Artesanos. ■ Protocolo de Intervención para la participación en el Programa Arquímedes.	Protocolos en los que intervienen otras instituciones: ■ Protocolo de Intervención con usuarios que demandan a Remisión de Sanciones Administrativas por Consumo de Drogas. ■ Protocolo de Actuación y Coordinación en materia de menores a los que se les imponen medidas de carácter ambulatorio por consumo de drogas. ■ Protocolo de Actuación ante los usuarios procedentes de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas y Centros de Inserción Social.. ■ Intervención en Instituciones Penitenciarias a través de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias.

1. Presentación.

Este Manual, obedece al interés por dotar a los profesionales del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz de un instrumento práctico que les permita disponer de un material homologado con el fin de que las respuestas que se ofrecen desde este Servicio a los ciudadanos, respondan a los estándares previamente fijados.

Se trata, pues de todo el conjunto de acciones documentadas y actividades que venimos llevando a cabo desde los CTA, donde se incluyen los protocolos y otros documentos necesarios sobre cómo se llevan a cabo las distintas intervenciones en los centros de tratamiento.

Nuestra intención ha sido elaborar un documento donde quede registrada la información, respecto del funcionamiento de la organización, el cual contiene, de forma ordenada y sistemática, todas aquellas instrucciones de ejecución y procedimientos, en pos de un mejor servicio.

Hemos querido trasladar el sentir de muchos profesionales, en la medida que se nos proponía abordar un Manual con una orientación diferente y más práctica de la que actualmente se venía realizando, y es por lo que se ha considerado que la gestión por procesos podría sentar las bases del nuevo enfoque. La gestión por procesos se centra, pues, en una serie de elementos fundamentales, como son:

- enfoque centrado en el usuario,
- la implicación y la participación de los profesionales,
- el sustento en la mejor práctica clínica a través de Guías de Prácticas,
- el desarrollo de un sistema de información integrado.
- la flexibilidad para adaptarse a los nuevos requerimientos e incorporar mejoras.

Pretende ser un Manual abierto y revisable de forma continua, donde al final de año se le puedan añadir, modificar o eliminar cuantos elementos hayan sido consensuados para ser incorporados.

Por último, queremos añadir, que el presente Manual está pendiente de sufrir las variaciones pertinentes que se deriven de la puesta en marcha del III Plan Andaluz sobre Drogas, donde podría actualizarse el Catálogo de Servicios Asistenciales de la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, por otro lado, de las directrices adoptadas por la nueva Corporación en la Diputación de Cádiz, y por último, por el desarrollo de un posible Plan Director del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.

Modelo de Intervención Asistencial. Principios y Actuaciones Generales.

El Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz (S.P.D.) ha diversificado su actuación a través de la comarcalización de los Centros de Tratamiento Ambulatorios de las Adicciones (C.T.A.). La compleja estructura generada necesita de unos presupuestos teóricos que den unidad y coherencia a la intervención asistencial en la provincia y permitan realizar una coordinación efectiva. El presente Programa recoge estos presupuestos, conformando un modelo de intervención de la oferta asistencial pública, en relación a la atención de las conductas adictivas.

Señalar que este apartado inicial venía recogido en las anteriores Guías de forma amplia, procediendo toda la información del Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía, el cual está igualmente pendiente de ser actualizado. No obstante, pretendemos recoger de forma resumida las ideas generales que allí se exponen.

▪ Principios básicos del modelo de intervención.

La intervención asistencial se encuadra bajo una serie de principios que garantizan un abordaje, lo más óptimo posible, de la persona con problemas de adicciones.

Además de los principios generales descritos en el "II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones" como son: Responsabilidad Pública, Igualdad y Universalidad, Globalidad, Normalización e Integración entre otros, podemos tener en cuenta los siguientes:

- **Individualización:** la atención a la persona con problemas de adicción será adaptada a sus necesidades y características personales y sociales, realizándose un Plan de Tratamiento Individual (PTI) y un seguimiento para cada una de ellas.
- **Flexibilidad:** en todo momento habrá que adaptarse a las necesidades y a los cambios que se vayan produciendo.
- **Integralidad:** el abordaje debe ser **biopsicosocial**, considerando a la persona en su totalidad e interviniendo en todas las áreas afectadas como consecuencia de su adicción. Es por ello por lo que se requerirán equipos de profesionales de varias disciplinas que actuarán desde un modelo de intervención interdisciplinar.
- **Participación:** la persona con problemas de adicción tiene derecho a participar en su propia recuperación conociendo en todo momento la evolución de su tratamiento.
- **Diversificación:** Incrementando la oferta de recursos y programas asistenciales y de incorporación social, abriendo nuevos caminos en el campo de la investigación, análisis y evaluación de las actuaciones.
- **Complementariedad:** convivirán en todo momento los programas dirigidos tanto a la abstinencia como los dirigidos a la reducción de los riesgos y daños.
- **Confidencialidad:** se asegura la confidencialidad y protección de los datos de acuerdo a lo estipulado en la legislación vigente.

▪ Objetivos generales.

- Atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones, desde un modelo de atención integrada, coordinado con la Red Sanitaria y de Servicios Sociales y adaptado a las necesidades individuales.
- Orientar y asesorar a familias y usuarios.

- Facilitar la desintoxicación, deshabituación y tratamientos con sustitutivos a las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios para ello.

- Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su incorporación social.

- Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

▪ **Objetivos específicos.**

Área Médica:

- Realizar una evaluación médica que incluye ejes I (TUS y otros trastornos clínicos) y Eje III.
- Realizar tratamientos de desintoxicación ambulatoria.
- Notificar en los protocolos de derivación a recursos, los aspectos relacionados con dicha área.
- Realizar tratamientos de deshabituación (incluyendo los tratamientos con sustitutivos)
- Realizar un despistaje de la patología médica asociada al consumo de drogas y derivar para diagnóstico y tratamiento a los Servicios de Salud.
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica o derivación a la USMC.
- Realizar formación en Educación para la Salud (profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas, adquisición de hábitos saludables, etc.)

Área psicológica:

- Realizar el diagnóstico y la valoración de la conducta adictiva.
- Motivar al usuario para que tome conciencia del problema, adquiera un compromiso y alcance el deseo de cambio.
- Motivar a la familia o miembros relevantes del paciente, a participar en el proceso terapéutico.
- Negociar con el propio usuario los objetivos terapéuticos y las estrategias necesarias para alcanzarlos.
- Extinguir actitudes y conductas desadaptativas y enseñar un repertorio de nuevos recursos personales favorecedores de un estilo de vida más saludable.
- Enseñar estrategias para el manejo de la ansiedad y aumento de la autoestima y autoeficacia (creencia del usuario sobre su habilidad para resolver sus problemas), así como técnicas de autocontrol ante situaciones conflictivas en relación a su adicción.
- Enseñar habilidades sociales y técnicas de asertividad para el abordaje de problemas de relaciones interpersonales (familiares, de pareja, amigos, etc.) que faciliten su incorporación social.
- Analizar y Prevenir recaídas.

Área Social:

- Conocer y orientar los aspectos educativos, formativos, prestaciones sociales, vivienda, judiciales y sociolaborales para promover la normalización social mediante la gestión y coordinación en su caso, tanto de los recursos generales como específicos.
- Intervenir durante el proceso terapéutico en todas aquellas circunstancias judiciales, administrativas, económicas y sociolaborales que puedan afectar al mismo.
- Seguimiento, en coordinación con el resto del equipo, de los objetivos terapéuticos y metas propuestos con el paciente y su familia.
- Exploración de la dinámica familiar y su entorno para el conocimiento, detección e intervención ante situaciones de riesgo y/o daño.

Área educativo-ocupacional:

- Fomentar el aprovechamiento del tiempo libre.
- Facilitar la formación en el ámbito ocupacional y prelaboral.
- Normalización de hábitos de los usuarios.

▪ **Los usuarios objeto de la intervención.**

El usuario objeto de la intervención es toda persona con problemas de abuso o dependencia a drogas, así como adicciones comportamentales como el juego patológico, y sus consecuencias. Evidentemente pueden pertenecer a cualquier sector de la sociedad o responder a determinados perfiles en cuanto a la presencia añadida de otras complicaciones orgánicas, psiquiátricas, judiciales, etc. Sin embargo, aunque estas situaciones son atendidas por la Red de Drogodependencias, no debemos olvidar que su fin último es complementar a otras redes u organismos implicados pero no sustituirlos.

▪ **Vías de acceso y derivaciones:**

Los pacientes o sus familiares pueden acudir solicitando tratamiento y/o orientación para los problemas derivados de las conductas adictivas, acudiendo directamente a los CTA o mediante llamada telefónica.

Igualmente son atendidos en estos centros, aquellos pacientes derivados desde otras instituciones: Sistema de Salud, Servicios Sociales y de Servicio de Protección y Atención al Menor, Sistema Judicial así como otros colectivos.

▪ **Criterios de acceso:**

Los criterios de acceso a los Centros de Tratamiento Ambulatorio, se basan en las premisas de universalidad, igualdad, gratuidad y confidencialidad. Basándose en estas premisas, se siguen los siguientes criterios de acceso:

- Cualquier persona con problemas de adicción, o en situación de riesgo, así como a sus familiares.
- Personas o familias que deseen asesoramiento y orientación por problemas relacionados con el consumo de sustancias y/o adicciones.
- Cualquier tipo de patología adictiva (drogas legales, ilegales y conductas adictivas sin sustancia).
- Pacientes que de forma voluntaria, manifiesten su deseo de recibir tratamiento, bien para cesar en la conducta adictiva o para minimizar los daños que ésta produce. No obstante y partiendo de la base del respeto a la libertad individual, se tratarán pacientes derivados del sistema judicial, siempre que éstos no manifiesten su objeción a recibir tratamiento.

▪ **Cobertura horaria:**

Los Centros de Tratamiento Ambulatorio desarrollan normalmente su función asistencial, en horario de mañana, de 9 a 14 horas y de lunes a viernes, salvo en fechas de verano.

▪ **Atención no demorable:**

Son susceptibles de atención prioritaria las siguientes situaciones:

- Menores de 18 años.
- Embarazadas.
- Situaciones de emergencia social, a considerar por los profesionales.
- Personas en tratamiento que salen del hospital, de la prisión, o de la CT, o bien son derivados de otros CTA.

▪ **Atención en centros penitenciarios (EAIP):**

En nuestra Comunidad Autónoma, los Equipos de Apoyo a Instituciones

Penitenciarias (dependientes de los SPD), son los encargados de apoyar y asesorar el desarrollo de los programas de drogodependencias en los Centros Penitenciarios y la coordinación con los recursos externos del Plan de Drogas.

Las líneas generales de actuación son las siguientes (recogidas en el artículo 116 de la legislación Penitenciaria):

- Derivación desde los centros de tratamiento comunitarios (ambulatorios, comunidades terapéuticas, etc.) o bien desde otros centros penitenciarios, con objeto de continuar en lo posible con el proceso iniciado previamente.
- Información por parte de los educadores y/o trabajadores sociales penitenciarios, (al ingreso del interno), de los recursos disponibles y la posibilidad de iniciar voluntariamente, tratamiento de su drogodependencia con los equipos del SPD.
- Valoración y atención, si procede, de las demandas de tratamiento de los internos, mediante los distintos programas de intervención:

▪ **Instituciones y otros organismos implicados.**

Con independencia de las instituciones ya citadas, Diputaciones, Ayuntamientos y Mancomunidades, existen otras áreas u organismos con los que la coordinación es fundamental:

Área de salud. Atención primaria, Salud Mental, Atención Hospitalaria y Organismos gestores del Sistema Sanitario.

Área social. Servicios Sociales, Infancia y Familia, Servicios de Atención a la Mujer, a la Juventud, ONGs, etc.

Área laboral. Delegación Provincial de Empleo y Desarrollo Tecnológico, Centros de orientación laboral y de empleo. Corporaciones Locales y Empresas que participan en los programas específicos de incorporación socio-laboral.

Área educativa-formativa. Centros de Formación Profesional, INEM, Escuelas Talleres e IES.

Protocolo de Intervención Asistencial. Proceso de atención ambulatoria a la persona con problemas relacionados con las adicciones.

1 Generalidades sobre el proceso de intervención asistencial.

Desde la perspectiva asistencial, el eje principal o mecanismo vertebrador de los distintos programas lo denominamos Intervención Asistencial y tiene como características principales las siguientes:

- Atención personalizada de los casos con una amplia oferta de recursos y programas, tanto provinciales como supraprovinciales, los cuales se ponen en marcha en función de las necesidades y circunstancias de cada usuario.
- Abordaje interdisciplinar para responder a las distintas demandas de los usuarios, con un claro afán de adaptarse a sus necesidades y que focaliza la atención de los profesionales según objetivos terapéuticos propuestos.
- El modelo se estructura en torno a una "Acogida" de calidad, como primer elemento de conexión entre el usuario y el equipo del centro, para pasar posteriormente a una valoración diagnóstica acorde con las necesidades detectadas, que permita concluir un Plan Terapéutico Individualizado, donde se incluyan objetivos claros, medibles y revisables y la aplicación de las diversas estrategias terapéuticas.
- Es un modelo que quiere hacer énfasis en la relación terapéutica que permita realizar una correcta evaluación de las necesidades del usuario y en la utilización de sistemas diagnósticos que permitan una mejor evaluación.
- Procesos asistenciales que faciliten la comunicación entre el Terapeuta de referencia o gestor e integrador del caso que agilice la continuidad asistencial en el centro y las distintas figuras profesionales que pudieran actuar en distintos momentos sobre el usuario, y que permitan marcar el ritmo, la intensidad y la prioridad de cada una de las intervenciones.
- Compromiso de conseguir el máximo nivel de comunicación entre los distintos profesionales de los CTA, mediante sistemas de interconsultas flexibles que no demoren una atención ágil a los usuarios y sin perder de vista las diversas responsabilidades profesionales.
- Compromiso de notificar mediante los diversos sistemas de registro existentes cuanta información se acuerde incorporar y que proporcione el conocimiento necesario sobre qué actividades se realizan, para quién, en qué momento, etc.
- El modelo de atención propuesto es de aplicación a todas las conductas adictivas, mediante prácticas clínicas adecuadas y que aporten al proceso las recomendaciones previstas en las distintas Guías Clínicas editadas por la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de la Junta de Andalucía: (Guía de Práctica Clínica de la Adicción al Tabaco, Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes, Guía Clínica: actuar ante el Juego Patológico, Guía Clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol y Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la adicción a opiáceos).
- La importancia de la implicación de todos y cada uno de los profesionales en la gestión del proceso asistencial del que forman parte, para la mejora permanente y la integración de las innovaciones.

2 Definición funcional.

Conjunto de actividades encaminadas a la atención de las personas con problemas relacionados con adicciones, incluyendo:

- La acogida, valoración e identificación del diagnóstico.
- La evaluación médica, psicológica y social integral de la persona, la familia y su entorno.
- La elaboración consensuada entre los profesionales y el usuario de un Plan Terapéutico Individualizado de Tratamiento (PIT)
- La aplicación de distintos programas e intervenciones acorde con las necesidades identificadas y su seguimiento, tanto a nivel ambulatorio como la posibilidad de derivación a otros recursos de internamiento.
- La conexión con otras instituciones que permitan la continuidad asistencial y las intervenciones complementarias diseñadas de forma consensuada.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

La complejidad del problema de salud de las adicciones, requieren de unas observaciones previas en cuanto a las distintas fases del tratamiento y a los límites del proceso, por lo que a veces resulta difícil definir de forma clara el proceso y enfocarlo dentro de un escenario de continuidad asistencial. Si bien partimos de una atención a las personas con problemas relacionados con adicciones, no podemos obviar toda una serie de actividades de prevención de las adicciones, las cuales incluiremos dentro del proceso asistencial y que daremos respuesta, toda vez que esta demanda se presente de forma voluntaria.

Las personas usuarias que, de forma voluntaria, manifiesten su deseo de recibir tratamiento, bien para cesar en la conducta adictiva o para minimizar los daños que ésta produce serán incorporados al proceso. No obstante y partiendo de la base del respeto a la libertad individual, se tratarán pacientes derivados del sistema judicial, siempre que éstos no manifiesten su objeción a recibir tratamiento. Nuestra atención también incluirá los tratamientos impuestos u obligatorios que los organismos judiciales pudieran imponer a determinadas personas. Dichos tratamientos serán posibles de realizar desde los CTA, siempre y cuando se trate de cuadros clínicos acordes con nuestras competencias funcionales y que, desde punto de vista de los equipos técnicos, exista una sintomatología acorde con un trastorno adictivo que requiera de actividades preventivas o de tratamiento.

En términos generales, la entrada al proceso se produce cuando:

- Cualquier persona que presente una sintomatología/signos acordes con un trastorno adictivo o en situación de riesgo, para lo cual solicita un tratamiento o un recurso para su demanda.
- Familias que deseen asesoramiento y orientación por problemas relacionados con el consumo de sustancias y/o adicciones.
- Cualquier docente que requiera información sobre el proceso asistencial previo haberse detectado un posible caso.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

- Usuario al que no se le confirma un trastorno adictivo tras la evaluación clínica, en el caso de que concurra una demanda de tratamiento de carácter obligatorio. En los casos donde no se disponga de un presunto diagnóstico en el campo de las adicciones, el sistema permite trabajar con el usuario, cumplimentando una ficha de intervención psicoeducativa (FITS), hasta que definitivamente se incorpore al fichero o no, toda vez que se disponga de un diagnóstico.
- Usuario que no acepta condiciones formales de la intervención, lo que implica la autorización para la inserción de datos de carácter personal y la autorización de

inicio de tratamiento en el Sipasda, o no aceptan propuesta terapéutica o de prevención selectiva que se le realiza desde el equipo profesional.

- Alta terapéutica, tras realizar el recorrido por el circuito asistencial que se diseñó en su plan terapéutico individual, ha realizado cambios significativos respecto de los objetivos inicialmente planteados y reflejados en su Plan Terapéutico Individual. Estos cambios implicarían una mejoría mantenida durante el proceso asistencial. Si tras alcanzarse estos objetivos, no se plantean por el usuario nuevos objetivos, o bien no son consensuados nuevos objetivos que pudieran partir del terapeuta, igualmente lo consideraremos alta terapéutica.
- Abandono de tratamiento, que se aplicará cuando el paciente no acude al centro a las citas que se le programan, por lo que no es posible realizar seguimiento alguno sobre su situación clínica. Se considerará abandono cuando el paciente está más de 6 meses sin contactar físicamente con el centro sin indicación expresa de los profesionales.
- Alta voluntaria, que se utilizará cuando el paciente decide dar por terminado el tratamiento antes de cumplir cualquiera de los objetivos planteados. Esta incidencia de salida implica una actitud activa del usuario, la cual suele ser verbalizada en consulta con su decisión de no continuar asistiendo al centro. Generalmente esta categoría de alta, suele coincidir con una falta de cambios o cambios mínimos y claramente insuficientes respecto de los objetivos planteados o bien, por importantes retrocesos en la evolución del paciente.
- Alta derivada: Se considera cuando el paciente es derivado a otro centro de drogodependencias que no sea centro notificador del Sipasda. Consideraremos en estos casos a otros centros andaluces de carácter privado no concertado o de otras CC.AA. con el objetivo de continuar el tratamiento. Se notificará cuando se haya realizado o contrastado la información con el centro de destino. No se considerará Alta derivada a : Ingreso en Hospitales, la derivación entre CTA y Equipos de Apoyo en II.PP. y la derivación desde los CTA/Equipos IIPP a los centros de drogodependencias de la red para continuar el tratamiento (CCTT, VAR, VAT, VAES y UDH)
- Éxito o fallecimiento, que Se aplicará la incidencia cuando por algún medio fiable podamos constatar que se ha producido el fallecimiento.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

- A valorar los trastornos mentales graves acompañados secundariamente de conductas adictivas.
- Trastornos inducidos por sustancias de carácter urgente.

6 Responsable del proceso.

Sobre la dirección de cada uno de los CTA, recaerá la responsabilidad del proceso, atendiendo básicamente a:

- Asegurar que el proceso se desarrolla como está diseñado.
- Buscar la participación y el compromiso de todas las personas que intervienen en el desarrollo del mismo.
- Garantizar el control y la mejora continua del proceso.
- Asegurar que el producto final satisface las necesidades del destinatario.
- Adaptarlo a las necesidades cambiantes de los usuarios, tecnología, etc.

7 Observaciones.

Las adicciones pueden interpretarse como una conducta o como una enfermedad crónica y recidivante, por lo que cualquier salida del proceso, podría implicar una posterior entrada al mismo, siguiendo los pasos que se describen en las actividades del proceso.

Las categorías diagnósticas, según CIE-10, incluidas en el proceso son las siguientes:

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioide.

F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F63.0 Juego Patológico (Ludopatía)

F63.8 Otros Trastornos de los Hábitos y de los Impulsos (trabajo, compras, videojuegos, etc)

En el caso de usuarios mayores de 16 años, se le reconoce capacidad legal suficiente para poder firmar los consentimientos informados que correspondan.

En tanto que trastorno adictivo crónico, toda persona que abandone el proceso de tratamiento o tenga recaídas y decida intentar de nuevo el tratamiento, volverá a ser incluida en el proceso.

8 Destinatarios del proceso y expectativas.

Los destinatarios básicos del servicio prestado son:

- Pacientes
- Familiares
- Profesionales de otros servicios, organizaciones o de otros niveles asistenciales.

Con el fin de adecuar al máximo las actividades a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familiares, como destinatarios fundamentales del proceso, se ha extrapolado cualitativamente los resultados de estudios similares, donde se han obtenido a través de organización de grupos focales con usuarios y encuestas de opinión, los resultados que se exponen desde la perspectiva del modelo SERQUAL. Queda pendiente en nuevas versiones de este manual, la elaboración de un estudio con nuestros usuarios, al objeto de obtener la información necesaria que permita ofrecer una guía a las actividades que se diseñan.

- **Accesibilidad**
 - No tener que realizar excesivos trámites para la consecución de las citas.
 - Que se fijen las citas de seguimiento de forma automática, pero con flexibilidad para casos de urgencias.
 - Posibilidad de acceder al terapeuta o persona de referencia en el Equipo en situaciones de crisis, tanto pacientes como sus familiares, para consultar dudas.
 - Acceder a todos los miembros del Equipo, lo que implica tener citas, no sólo con el médico, sino con el psicólogo, trabajador social y otros miembros.
 - Aumentar la frecuencia de las citas con la persona de referencia del Equipo.
 - Disminuir o extinguir la lista de espera para acceder al Centro.
 - Reducir o minimizar la lista de espera para acceder a recursos de internamiento.
 - Que el centro esté ubicado en un lugar accesible y que permita un acceso ágil.
- **Capacidad de respuesta**
 - Que se diseñe un abordaje integral, continuado y adecuado para cada paciente y que se disponga de los medios necesarios para su implantación.
 - Homogeneizar la atención a las drogodependencias en toda la comunidad andaluza para terminar con la desigualdad actual entre las distintas provincias y entre los distintos centros.
- **Cortesía**
 - Que los profesionales de los centros les dispense un trato agradable y amable.
 - Que los profesionales del Equipo, les traten con consideración y afecto, mostrándoles interés por su evolución y recordando su nombre y pequeños detalles sobre su persona.
 - Que todo el Equipo con el que tratan cuide su lenguaje y las expresiones y comentarios que utilizan, de forma que sea comprensible para ellos.
 - Que no se les culpabilice ni que se haga reprimendas sobre su conducta adictiva.
- **Comunicación**
 - Propiciar en las consultas un clima que permita el planteamiento de todas las dudas y preguntas que surjan a los pacientes y familiares.
 - Que se expliquen ampliamente los tratamientos prescritos, sus interacciones, efectos secundarios y alteraciones, especialmente, a las familias.
 - Que se habilite un teléfono o servicio de consulta al que recurrir ante dudas sobre el tratamiento o cualquier otro tipo de consulta que hayan de realizar los familiares de forma urgente.
 - Que se proporcione información suficiente sobre el Proceso y la enfermedad en todos los dispositivos, en la Unidad de hospitalización, en las Comunidades Terapéuticas, etc.
- **Competencia profesional**

- Que el personal del Equipo que les atienden acrediten competencia técnica y cualificación para ello.
 - Que la competencia profesional en todos los casos esté complementada con un elevado componente de humanidad.
 - Que el Equipo, tengan capacidad para proponer un tratamiento/acertado y modificarlo, cuando sea necesario, con igual eficiencia.
 - Que el Equipo diseñe un abordaje del proceso de cada paciente continuado y adecuado a su trastorno y circunstancias y pueda contar con los recursos necesarios para implementarlo.
 - Que el Equipo tenga capacidad para solucionar sus problemas e imprevistos sobre la marcha. Accesibilidad a los profesionales, telefónica o personalmente, para solventar consultas y dudas.
 - Que se busquen soluciones para las listas de espera y en concreto de los recursos de internamiento.
- Seguridad
 - Diseño de abordajes integrales y flexibles para cada paciente con un trastorno adictivo basado en la concepción de un proceso continuado que permita al paciente estabilizarse y normalizar su vida lo más posible.
 - Que se habiliten todos los centros especializados necesarios para proporcionar dicho abordaje.
 - Información sobre todos los aspectos de la enfermedad, el tratamiento y el proceso asistencial. Especialmente, para los familiares, información exhaustiva sobre todas las cuestiones relacionadas con la forma de relacionarse con estos pacientes.
 - Información sobre los dispositivos de atención existentes y cómo y cuando utilizarlos.
 - Que se respete el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos.
 - Tangibilidad
 - Que se dote a los Equipos de todos los recursos necesarios y suficientes para atender adecuadamente a toda la población con trastornos adictivos.
 - Que se habiliten suficientes centros: comunidades terapéuticas, unidades de desintoxicación, etc. sin que soporten largas listas de espera.
 - Que dichos centros sean agradables.
 - Disponer de un centro donde derivar a algunos pacientes que no admiten espera para iniciar un tratamiento.
 - Que se habiliten centros en función de los distintos pacientes y los distintos perfiles de pacientes con trastornos adictivos.
 - Que se inviertan recursos, imaginación y esfuerzo en la atención a los pacientes más jóvenes, los pacientes duales y las mujeres en situación de desigualdad.

9 Actividades del proceso.

Además de realizarse una descripción acerca de qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso, se desarrollan una serie de características de calidad de deben ser garantizadas en todos los CTA, independientemente del protocolo al que se les vaya a adscribir a los usuarios :

- Recibirán un trato amable y respetuoso, con lenguaje claro y comprensible.
- Se les realizara siempre un diagnóstico lo más completo posible, atendiendo al estatus de cada usuario.
- Toda la actividad realiza debe quedar registrada en la Historia Clínica.
- Los protocolos, toda vez que han sido consensuados, son de obligado cumplimiento su puesta en funcionamiento.
- Se programarán citas clínicas periódicas respetando las necesidades familiares y laborales, considerando las necesidades de cada persona y el momento de su proceso.
- Se facilitaran los justificantes necesarios.

- Se ofertara el acceso a los distintos programas o protocolos en un abanico variado de tiempos y espacios.
- Existirán salas de espera con buenas condiciones de habitabilidad y confortabilidad.
- Se dispondrá de contacto telefónico directo o a través de nuevas tecnologías con el resto de profesionales del SPD, para la resolución de dudas, problemas e inquietudes planteados en el tratamiento.
- Los accesos no tendrán barreras arquitectónicas y estarán debidamente señalizados.
- Existirá un sistema de identificación de todo el personal que interviene en el proceso.
- Los usuarios, siempre que sea necesario, recibirán información oral y escrita en lenguaje adecuado a su nivel de comprensión.
- Se proporcionará consejo y orientación a personas de su entorno. Se ofertara sistemáticamente a todos los familiares y allegados, soporte para colaborar en el proceso de abandono de la adicción de su allegado.
- Se desarrollarán sesiones clínicas en las que participen los profesionales implicados.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

Gestión de Citas		
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Auxiliar de Administración	<i>Ante una petición telefónica o personal</i> -Pedir Datos del/a interesado/a. -Comprobar datos en SIPASDA para ver si existe en la base de datos. -Elegir tipo de Cita en función situación del usuario.	-Registrando los datos (sólo nombre y apellidos hasta que se disponga de la autorización para la inserción de los datos en Sipasda) preservando confidencialidad y evitando hacerlo en presencia de otros. Con atención inmediata y contenedora. -Solicitando datos de forma personalizada, amable y preservando anonimato. (Pedir DNI en caso de falta de intimidad y riesgo de ser escuchado por otras personas) -Introduciendo DNI, Apellidos, Nombre, Fecha de Nacimiento y Sexo. Si se introduce nº DNI suele ser lo más efectivo. Optando por: - Si no está registrado, se inserta como paciente confirmando la asistencia a la cita de información. - Si está activo como paciente en otro CTA, se cita en ese momento y, cuando confirmemos su asistencia a la cita, tendremos además la opción de pedir la derivación al centro en el que se encuentra activo. -Si está dado de alta o en abandono, se activa la opción de la readmisión al confirmar su asistencia a la cita de información.

	-Proponer firma de Consentimiento para la inserción de datos de carácter personal en Sipasda. -Garantizar que después de una Acogida confirmada, todo usuario dispone de los datos mínimos.	Optando por: - Si el paciente pide cita personalmente, recogiendo firma en ese momento. -Si el paciente la pide telefónicamente, recogiendo firma previa a realizarse la cita con profesional. Cumplimentando los datos de carácter personal, una vez autorizado, (nombre y apellidos, dirección completa, teléfono y DNI) previo a proponer nueva cita. -Proponiendo cita en los 10 primeros días desde la demanda.
--	---	---

Acogida		
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Inicialmente se contempla la figura del T. Social o DUE, no obstante el Director/a del CTA determinará quien/quienes la realizan en cada unidad	-Analiza la demanda tanto del usuario como de sus acompañantes y valora estadio del cambio. -Informa sobre el funcionamiento, actividades y características del recurso. -Propone un marco referencial donde va a tener lugar la relación. -Recoge datos e información que se estime pertinente sobre el usuario (realiza FIBAT, propone Consentimiento para Inicio de Tratamiento y otros documentos) y da nº de Historia en el CTA. -Registra datos en Sipasda acorde con los criterios establecidos. -Realiza una valoración global de presunción, previa al diagnóstico. -Establece líneas de actuación a seguir.	-Registra datos en HCI en sus apartados correspondientes, explora el motivo de la consulta, realizándose una valoración inicial de la demanda, situación que motiva la consulta, así como una historia toxicológica y otras conductas adictivas. -Estimula y motiva para iniciar tratamiento con respeto y empatía. -Establece clima de diálogo. -Utiliza citas según tiempo estipulado. -Da por finalizada la cita cuando llega a un acuerdo de mínimos con el usuario acerca de las intervenciones iniciales propuestas y un diagnóstico presuntivo.

Exploración y Valoración Diagnóstica Multiaxial según especialidad profesional.		
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
T. Social	-Efectúa diagnóstico en el ámbito psicosocial y ambiental -Registra datos en Sipasda acorde con los criterios establecidos.	-Explora y evalúa, tanto actual como evolutiva (incluyendo previsiones de futuro): Relaciones sociales, tanto interpersonales como de participación en actividades comunitarias, mecanismos de apoyo social formal e informal, Situación económica,

		Formación y Empleo, Hábitat y Entorno Físico, Situación jurídica, organización Unidad Convivencia. -Utiliza sistemas diagnósticos de suficiente eficacia con entrevistas clínicas (abiertas, estructuradas o sema). -Aplica otros sistemas diagnósticos como auto informes recogidos en la aplicación informática de gestión diagnóstica¹, para conseguir afianzamiento y fiabilidad del diagnóstico. -Utiliza citas de valoración diagnóstica específica para el desarrollo de estas tareas. -Garantiza que la información obtenida se pone a disposición del resto de los profesionales mediante su registro en la HC en sus diferentes apartados.
--	--	--

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
P. Medicina	-Efectúa diagnóstico en el área de los Trastornos por consumo de sustancias y valora otros cuadros clínicos -Registra datos en Sipasda acorde con los criterios establecidos.	-Realiza Anamnesis y exploraciones médicas correspondientes. Cuando se sospeche o conozca la existencia de una patología específica, se recurrirá a los servicios sanitarios generales pertinentes (Atención Primaria y/o especializada). Si ha seguido o está siguiendo algún tipo de tratamiento, especialmente farmacológico, hay que valorar la adherencia, la presencia de interacciones y efectos secundarios. -Utiliza sistemas diagnósticos de suficiente eficacia con entrevistas clínicas (abiertas, estructuradas o sema). -Aplica otros sistemas diagnósticos como auto informes recogidos en la aplicación informática de gestión diagnóstica¹, para conseguir afianzamiento y fiabilidad del diagnóstico. -Utiliza citas de valoración diagnóstica específica para el desarrollo de estas tareas. -Valora la capacidad del medio más cercano (familiar) para manejar tratamientos farmacológicos en los casos de síndrome abstinencia, y otros tratamientos coadyuvantes. -Controla los riesgos somáticos asociados a las patologías detectadas y a las intervenciones farmacológicas propuestas. -Garantiza que la información obtenida se pone a disposición del resto de los profesionales mediante su registro en

		la HCI en sus diferentes apartados. -Gestiona y pide pruebas analíticas si procede.
--	--	--

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
P. Psicología	-Efectúa diagnóstico en relación a los Trastornos por consumo de sustancias y otros cuadros clínicos, así como en el ámbito de los trastornos de personalidad si procede. -Registra datos en Sipasda acorde con los criterios establecidos.	-Realiza exploraciones incluirán necesariamente los aspectos siguientes, teniendo siempre en cuenta no duplicar innecesariamente información ya disponible: Análisis de la conducta adictiva, Evaluación Motivacional, Exploración psicológica de los antecedentes personales, área cognitiva, conductual, afectiva e interpersonal y familiar y Exploración psicopatológica. -Utiliza sistemas diagnósticos de suficiente eficacia con entrevistas clínicas (abiertas, estructuradas o semia). -Aplica otros sistemas diagnósticos como auto informes recogidos en la aplicación informática de gestión diagnóstica¹, para conseguir afianzamiento y fiabilidad del diagnóstico. -Utiliza citas de valoración diagnóstica específica para el desarrollo de estas tareas. -Garantiza que la información obtenida se pone a disposición del resto de los profesionales mediante su registro en la HCI en sus diferentes apartados.

Elaboración del Plan Individual de Tratamiento		
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia inicial (Acogida)	-Propone, tras disponer de la información necesaria sobre el usuario, un Terapeuta de Referencia ² , en coordinación con el Equipo de Profesionales.	-Garantiza que todo usuario que se incorpore al proceso, dispone de un Terapeuta de referencia.
Terapeuta de Referencia Asignado	-Lleva a cabo sistemas de coordinación en su CTA entre los profesionales que hayan intervenido en el caso que permitan elaborar un PIT, adecuado a las particularidades	-Garantiza que todo el PIT, (donde se incluyen los objetivos a conseguir) se reflejan en su HCI, considerando que la idiosincrasia de cada caso podría hacer balancear hacia una u otra área de intervención, sin que ello implique

	del caso. -Hace de referente del caso en las actuaciones que se llevan a cabo dentro y fuera del CTA. -Expone PIT al usuario y realiza correcciones si procede. -Implementa actividades, técnicas, estrategias y recursos para conseguir los objetivos. -Registra datos en Sipasda acorde con los criterios establecidos.	perder de vista una respuesta integral¹. -Asegura que todo el proceso hasta llegar al diseño del PIT, se realiza en un plazo de tiempo no superior a los 2 meses desde la demanda inicial. -Asegura que el PIT es consensuado o negociado con el paciente y, en su caso, con responsables legales ateniéndose, siempre, a lo establecido en la ley de Autonomía del paciente. -Garantiza que el PIT incluye un periodo de revisión para cada uno de sus objetivos y deberá revisarse globalmente al menos anualmente, así como cuando se produzcan variaciones significativas en la situación que, a juicio de los profesionales del centro, así lo aconsejen.
--	---	--

Implementación de Protocolos. Revisión y Seguimiento		
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia Asignado	-Desarrolla y aplica las intervenciones previstas en el PIT, mediante protocolos o procedimientos específicos de actuación, contemplados en el inventario de protocolos. -Realiza seguimiento mediante citas de las intervenciones propuestas. -Registra datos en Sipasda acorde con los criterios establecidos.	-Garantiza que una cita clínica no será inferior a los 15 minutos. -Asegura una frecuentación del centro acorde con el protocolo al que se le adscribe y al momento terapéutico del usuario. -Garantiza que la información obtenida se pone a disposición del resto de los profesionales mediante su registro en la HCI en el apartado de seguimiento.

Inventario de Protocolos o Procedimientos.

Está integrado por la descripción de las diferentes intervenciones protocolizadas, que posteriormente se describirán de forma pormenorizada:

Protocolos auxiliares:

- Determinaciones de Drogas en Orina.
- Elaboración y Emisión de Informes.
- Asesoramiento Jurídico a Usuarios.

Protocolos de ámbito preferentemente farmacológico:

- Tratamientos farmacológicos de apoyo a la deshabituación.
- Tratamiento con agonistas opiáceos.
- Tratamientos de Desintoxicación.

Protocolos de derivación a recursos externos:

¹ El proceso está diseñado para que, inicialmente, todo usuario sea visto por las tres figuras profesionales de modo que se garantice una respuesta integral, no obstante ante circunstancias determinadas (tipo de adicción, demandas específicas, adicción activa o no, presencia de otros trastornos concomitantes), y atendiendo a los diversos protocolos a los que pudiera ser incorporado el usuario, todo el proceso de elaboración del PIT, debería estar acorde con estos procedimientos específicos que intentan agilizar y concretizar el circuito a seguir.

Derivación a UDH.
Derivación a CCTT.
Derivación a VAR.
Derivación a VAT.
Derivación a VAES.

Programas-Guías específicos:

Intervención Juego Patológico.
Intervención Tabaquismo.
Intervención Adicciones comportamentales.
Intervenciones con familias y usuarios en situación de riesgo.

Protocolos de Incorporación Sociolaboral:

Red de Artesanos.
Arquímedes.
Formación en Estrategias Básicas para la incorporación laboral.

Protocolos en los que intervienen otras instituciones:

Remisiones de Sanciones Administrativas.
Menores infractores con Medidas Judiciales.
Usuarios procedentes de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas y Centros de Inserción Social.

10 Componentes del proceso.

Marco institucional:

El Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz (SPD) es consecuencia del Decreto 73/1985 y se constituye mediante convenio entre la Excm. Diputación Provincial y la Junta de Andalucía.

En la actualidad, el SPD está adscrito al Área de Desarrollo y Bienestar Social de la Diputación de Cádiz.

El SPD ha diversificado su actuación mediante la creación de una completa Red de Actuación Provincial en materia de Drogodependencias, más concretamente, comarcalizando la provincia al crear los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones (CTA) que han permitido una mejora significativa en la accesibilidad a tratamiento.

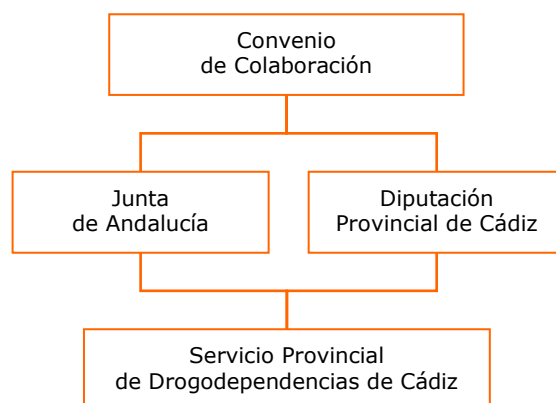
Estructura funcional:

El Servicio Provincial de Drogodependencias está adscrito al Área de Igualdad y Bienestar Social de la Diputación de Cádiz y se conforma mediante una estructura compuesta de:

Jefatura del Servicio: En colaboración con la dirección del Área, asume las competencias organizativas, económicas, de personal, administrativas y de asesoramiento del mismo.

Jefaturas de Departamentos: Que colaboran con la Jefatura del Servicio de Drogodependencias en la dirección, coordinación y supervisión de toda la actividad técnica y administrativa relacionada con cada uno de sus departamentos (Departamento de Prevención y Gestión del Conocimiento y de Procesos Asistenciales e Incorporación Social).

Direcciones de Centros de Tratamiento Ambulatorio: Que colaboran con la Jefatura del Servicio de Drogodependencias y las de Departamentos en la dirección, coordinación y supervisión de toda la actividad técnica, económica y administrativa relacionada con el funcionamiento del Servicio de Drogodependencias en el ámbito de un centro de tratamiento concreto.



Centros de Tratamiento Ambulatorio:

En la actualidad, el SPD de Cádiz cuenta con varios equipos de tratamiento que desarrollan su actividad profesional mediante diversos servicios:

CTA	Dependencia Institucional	Dirección y Tfno.	Cobertura Territorial
Cádiz	Diputación de Cádiz	Av. Guadalquivir, s/n. 11012 Cádiz. Tfno.: 956 281261	Cádiz capital
Algeciras	Diputación de Cádiz	Calle Miguel Hernández, 17. 11207 Algeciras. Tfno.: 956660531	Tarifa, Algeciras y Los Barrios
Jerez	Diputación de Cádiz	Calle Vicario, 18. 11403 Jerez de la Frontera. Tfno.: 956 325017	Jerez y San José del Valle
El Pto. de Santa María	Ayuntamiento	Plaza del Castillo, 4. 11500 El Pto. Sta. María. Tfno.: 956 483173	El Pto. de Santa María
Rota	Ayuntamiento	Plaza Camilo José Cela, 1. 11520 Rota. Tfno.: 956 840139	Rota
La Línea	Diputación de Cádiz	Calle Xauen, s/n. 11300 La Línea de la Concepción. Tfno.: 956 171544	La Línea, San Roque, Jímena y Castellar de la Frontera
Sanlcar	Diputación de Cádiz	Calle Puerto, s/n. 11540 Sanlúcar de Barrameda. Tfno.: 956 385756	Sanlúcar, Chipiona y Trebujena
Chiclana	Diputación de Cádiz	Plaza de la Soledad, 1. 11130 Chiclana. Tfno.: 956 106433	Chiclana
Puerto Real	Diputación de Cádiz	Calle San Alejandro, 2. 11510 Puerto Real. Tfno.: 856 213044	Puerto Real
San Fernando	Diputación de Cádiz	Avda. Cornelio Balbo, s/n. 11100 San Fernando. Tfno.: 956 949018	San Fernando
Barbate	Diputación de Cádiz	Avda. del Río Barbate, 42. 11160 Barbate. Tfno.: 956 063622	Barbate y Vejer
Conil	Diputación de Cádiz	Plaza de Santa Catalina, s/n. 11140 Conil. Tfno.: 956 442642	Conil
Alcalá de los Gazules.	Diputación de Cádiz	Plaza de la Aviación s/n. 11180 Alcalá de los Gazules.	Benalup, Alcalá de los Gazules, Medina-Sidonia y

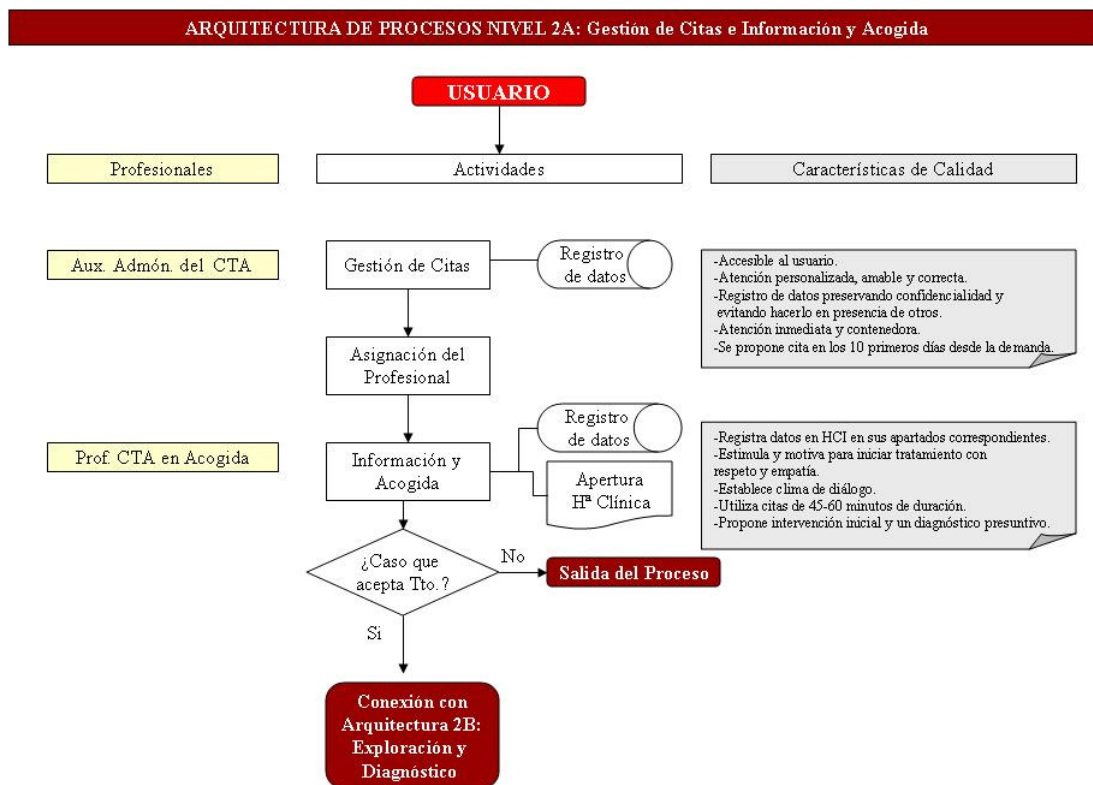
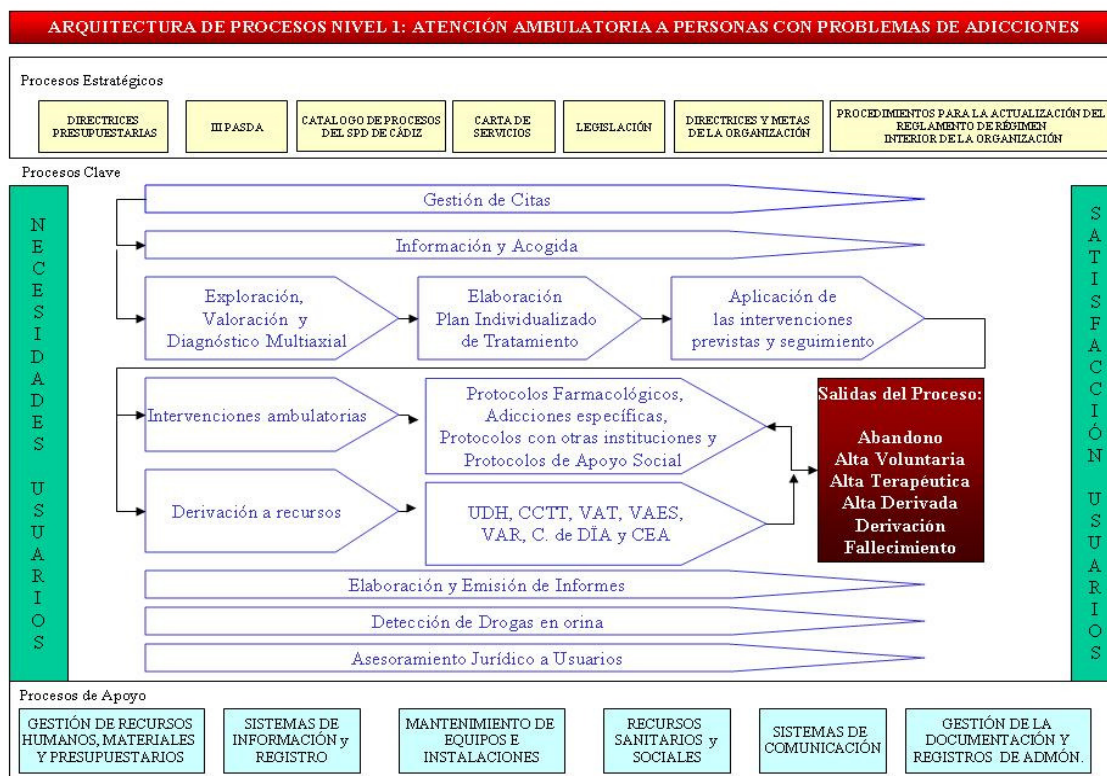
		Tfno.: 956 420161	Paterna de Rivera
Villamartín	Diputación de Cádiz	Calle Ebro s/n. 11650 Villamartín. Tfno.: 956 730529	Villamartín, Bornos, Espera y Puerto Serrano
Arcos	Diputación de Cádiz	Calle Nueva s/n. 11630 Arcos de la Frontera. Tfno.: 956 700601	Arcos de la Frontera y Algar
Ubrique	Diputación de Cádiz	Calle Ingeniero Romero Carrasco, 28. 11600 Ubrique. Tfno.: 956 031021	Benaocaz, El Bosque, El Gastor, Grazalema, Prado del Rey, Torrealháquime, Villaluenga del Rosario y Ubrique
Algodonales	Diputación de Cádiz	Calle Arcos, 29 Bajo. 11680. Algodonales. Tfno.: 95638181	Algodonales, Alcalá del Valle, Olvera, Setenil y Zahara
EAIP de Botafuegos	Diputación de Cádiz	Ctra. Del Cobre, KM. 4,5. 11205 Algeciras. Tfno.: 956 666190	Pobl. reclusa del C.P. de Botafuegos
EAIP de Puerto II	Diputación de Cádiz	Ctra. Jerez-Rota, s/n. 11500 El Pto. de Sta. María. Tfno.: 956 549464	Pobl. reclusa del C.P. de Puerto II

Recursos humanos:

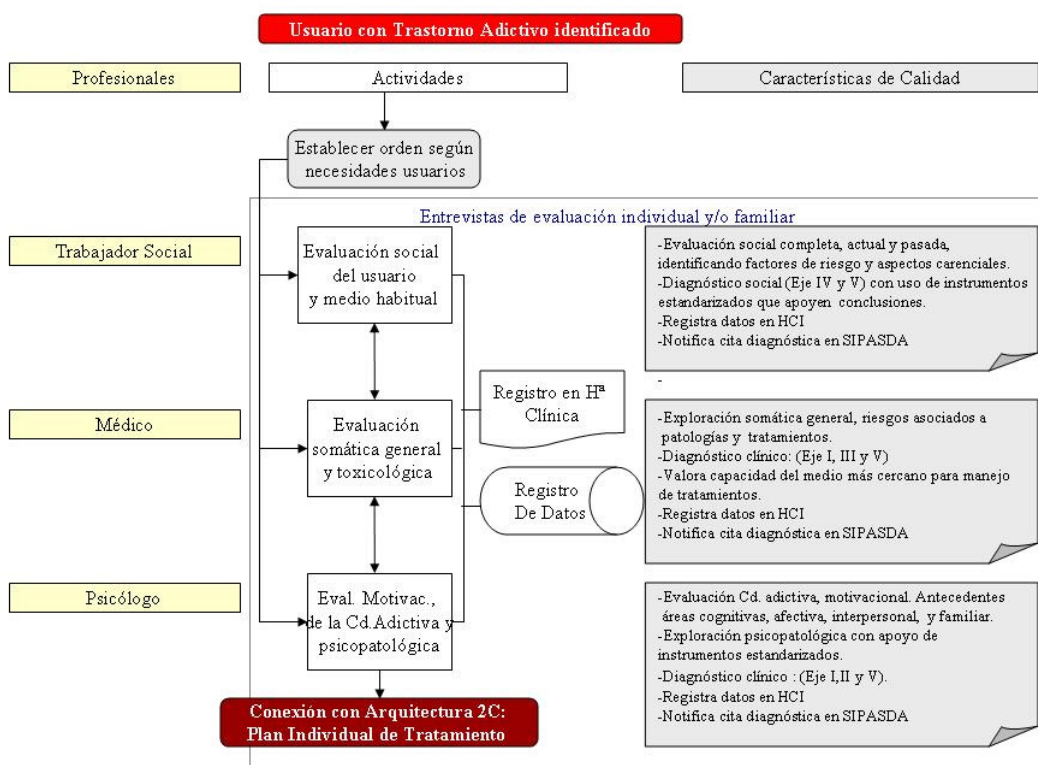
Con independencia de los servicios de seguridad contratados en cada centro, las personas que participan en el programa de drogodependencias, alcanzan la cifra de 116 profesionales. Su distribución según profesión e institución de la que dependen, es la siguiente:

	Diputación	Otras Instituciones	Total
Abogados/as		2	2
Administrativos/as	20	8	28
Auxiliares de Clínica	4		4
DUEs	1		1
Educadores/as	1	1	2
Jefe/as Departamentos	3		3
Jefe de Servicio	1		1
Médicos/as	17	2	19
Monitores/as	1		1
Personal auxiliar	1		1
Psicólogos/as	26	1	27
Técnico Auxiliar	1		1
Trabajadores/as sociales	15		15
Total	91	14	105

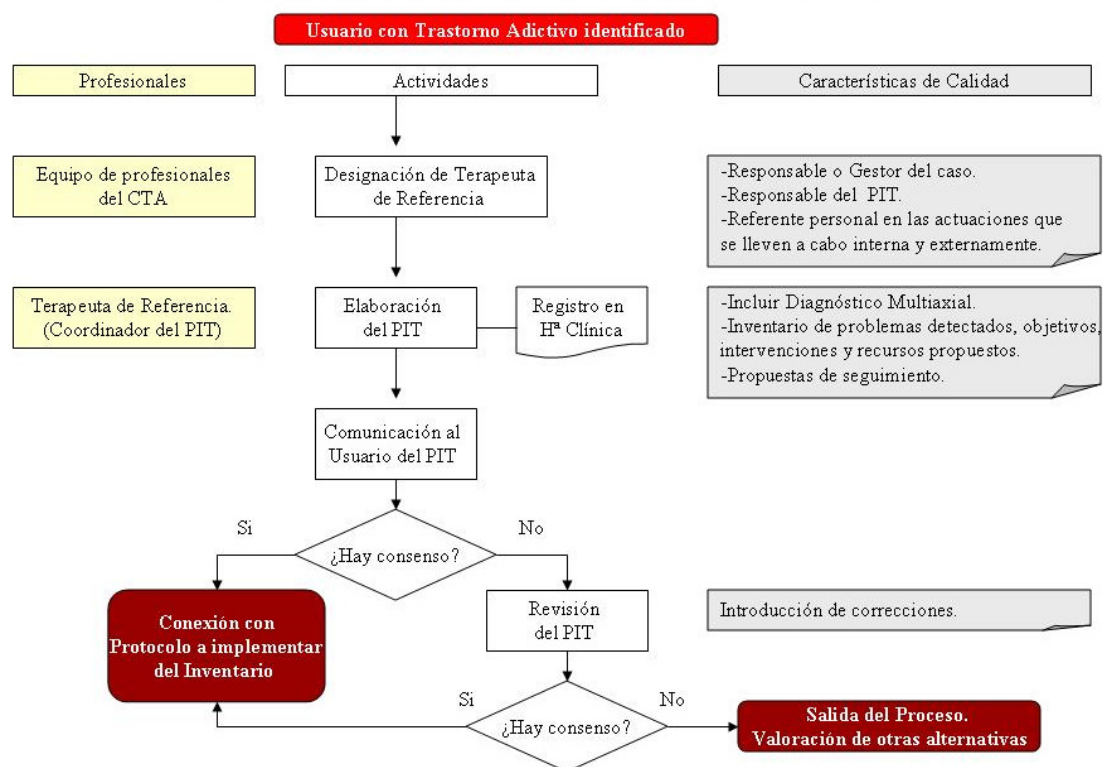
11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2B: Exploración y Diagnóstico



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2C: Plan Individual de Tratamiento (PIT)



12 Indicadores del proceso.

El conjunto de indicadores que se relacionan a continuación son extraídos del único sistema actual (SIPASDA) que recoge los datos que conforman nuestro proceso.

Somos conscientes que tanto la construcción como las características de los mismos, no responden plenamente a las dimensiones concretas de la calidad de la atención: accesibilidad, satisfacción de los pacientes, continuidad de cuidados, resultados en salud.

Con la intención de adaptar o incorporar nuevos indicadores al proceso, tendremos que cumplir una serie de requisitos básicos, los cuales tendrán que ser tenidos en cuenta en próximas ediciones del Manual.

Así mismo, igual que se plantea en cualquier sistema de información, somos conscientes de la necesaria retroalimentación a los profesionales implicados, con una presentación atractiva de los resultados, y la delimitación de las competencias y responsabilidades de los distintos profesionales en la declaración, transmisión, agregación y difusión de la información, lo que igualmente será tenido en cuenta.

Indicadores de Acceso y Salidas

- Nº total y listado de Pacientes según CTA (registrados, Activos, Dados de Alta según tipo, atendiendo a periodos de tiempo o a fechas en concreto, filtrados por terapeuta o por droga principal)
- Nº total y listado de pacientes en relación a las derivaciones:
 - Derivaciones Pendientes de mi Respuesta
 - Derivaciones Solicitadas a Otros Centros (Sin Respuesta)
 - Pacientes Derivados a Mi Centro (Recibidas)
 - Pacientes Derivados a Otros Centros (Concedidas)
 - Pacientes por Terapeuta de Programa
 - Pacientes por Distrito municipal
- Nº total y listados de pacientes por distritos y municipios de residencia

Indicadores del Sistema de Gestión de Centros (SGC):

De la Situación Asistencial (Los datos se proporcionan por centros, indicando la fecha o el período solicitado).

- Nº de pacientes activos en un día determinado
- Nº de pacientes activos en un periodo
- Nº y porcentaje de pacientes adscritos a cada programa en un día determinado
- Nº y porcentaje de pacientes adscritos a cada programa en un periodo
- Nº de pacientes que se encuentran incluidos en algún grupo psicoterapéutico en un día determinado
- Nº de pacientes que se encuentran incluidos en algún grupo psicoterapéutico en un periodo
- Nº de pacientes que se encuentran en proceso de abandono en un día determinado
- Nº y porcentaje de cada tipo de alta en CTA (terapéutica, derivada, voluntaria o abandono) en un periodo
- Nº de pacientes usuarios con salida previa al inicio de tratamiento
- Nº de Pacientes no adscritos a ningún Programa en un día determinado
- Nº de Pacientes no adscritos a ningún Programa en un período
- Nº y % de seguimientos grupales realizados y no realizados en relación a los previstos
- Nº de pacientes activos en un período por municipio
- Nº de abandonos en proceso de acogida
- Personas Usuarías Fallecidas en un Periodo

Información sobre la Actividad del Centro. (Los datos se proporcionan por centros, indicando la fecha o el período solicitado).

- Nº de citas programadas en un periodo
- Nº de citas no programadas en un período
- Nº de citas realizadas en un periodo y porcentaje que representa con respecto a las previstas
- Nº de citas a las que no acude el paciente y porcentaje que representan con respecto a las previstas
- Nº de citas previstas a las que no acude el paciente con justificación y % respecto a las previstas
- Nº de citas y consultas realizadas en un periodo, según tipo de cita/consulta
- Nº total de pacientes distintos atendidos
- Media de nº de citas y consultas realizadas por paciente en un periodo
- Media de días que lleva en tratamiento un paciente activo desde su última (re)admisión
- Media de días en tratamiento desde la última (re)admisión hasta el alta, de los pacientes dados de alta en un período.
- Media de días en programa para los pacientes que son dados de alta en un programa, en un periodo determinado
- Nº de determinaciones toxicológicas solicitadas
- Nº de Actividades Asistenciales sin Cita de Pacientes en un Período
- Nº de Actividades NO Asistenciales Realizadas en un Período
- Nº de Citas de Información que se convierten en Acogida
- Nº y % de seguimiento grupales realizados y no realizados en relación a los previstos
- Nº de grupos citados en un período
- Nº de personas distintas en grupo en un período
- Nº de altas en grupo
- Información sobre actividad con una persona usuaria en período
- Índice de actividad por CTA en un período
- Tiempo medio dedicado a la actividad asistencial en un período
- Tiempo medio dedicado a citas en un período según tipo
- Nº medio de personas atendidas al día en un período
- Nº de citas por municipio en un período
- Nº de actividades no asistenciales realizadas en un período
- Nº de citas de información que se convierten en acogida
- Actividades realizadas en citas en periodo
- Nº Citas de Información por tipo en periodo

Indicadores de actividad de prevención.

- Nº de actividades según ámbito y tipo
- Nº de actividades según entidad organizadora
- Nº de actividades según nº de horas de actividad
- Nº de personas que participan en actividades
- Nº de actividades según población objetivo

Indicadores de proyectos de investigación.

- Total nº de proyectos de investigación
- Total participantes en proyectos de investigación
- Tiempo dedicado a proyectos de investigación

Indicadores FIBAT:

La mayoría de los datos se ofrecen para un período de tiempo acotado entre dos fechas determinadas para los ámbitos del Centro, de la provincia y autonómico.

- Número de FIBATs por Centro
- Evolución por años
- Período Acumulado
- Sexo por tipo sustancia o adicción

- Edad por sexo
- Edad por tipo sustancia o adicción
- Situación Laboral por tipo sustancia o adicción
- Nivel Estudios por tipo sustancia o adicción
- Nivel de estudios por sexo
- Convivencia por tipo sustancia o adicción
- Incidencias legales previas por tipo sustancia o adicción y sexo
- Incidencias legales posteriores por tipo sustancia o adicción y sexo
- Fuente de referencia principal por tipo de sustancia o adicción y sexo
- Nº Abandonos en proceso de acogida
- Pacientes fallecidos en el período
 - Sobre Sustancias Psicoactivas, alcohol y tabaco
 - Edad de inicio al consumo por tipo de sustancia
 - Nº de años consumiendo por tipo de sustancia
 - Sobre Sustancias Psicoactivas y alcohol
 - Tratamiento previo por la misma droga por tipo de sustancia o adicción
 - Frecuencia consumo 30 días previos admisión por tipo de sustancia o adicción
 - Vía más frecuente de administración por tipo de sustancia o adicción
 - Tipo de demanda inicial por tipo de sustancia o adicción
 - Tiempo transcurrido desde que se inyecta por última vez por tipo de sustancia o adicción
 - Antecedentes familiares por tipo de sustancia o adicción
 - VIH por tipo de sustancia o adicción
 - Hepatitis B por tipo de sustancia o adicción
 - Hepatitis C por tipo de sustancia o adicción
 - TBC por tipo de sustancia o adicción
 - ETS por tipo de sustancia o adicción
 - Sobredosis por tipo de sustancia o adicción
 - Tratamiento Prescrito por tipo de sustancia o adicción
 - Alteraciones psicopatológicas por tipo de sustancia o adicción
 - Prácticas de riesgo por tipo de sustancia o adicción
 - Otras drogas consumidas por tipo de sustancia o adicción
 - Tabaco
 - Intento de dejar de fumar en los dos últimos años
 - Ayuda profesional cuando intentó dejar de fumar en los dos últimos años
 - Media de cigarrillos fumados al día y desviación típica
 - Bronquitis crónica
 - Faringitis crónica
 - Continuos resfriados/catarros
 - Cáncer de laringe
 - Fatiga
 - Problemas de circulación sanguínea
 - Hipertensión
 - Gastritis
 - Infarto
 - Angina de pecho
 - Motivos fundamentales para dejar de fumar
 - 1ª vez: Tipos de tratamiento seguidos cuando ha intentado dejar de fumar
 - 2ª vez: Tipos de tratamiento seguidos cuando ha intentado dejar de fumar
 - 3ª vez: Tipos de tratamiento seguidos cuando ha intentado dejar de fumar
 - 4ª vez: Tipos de tratamiento seguidos cuando ha intentado dejar de fumar
 - Tipo de tratamiento prescrito
 - Juego Patológico

- Ingresos mensuales
- Tipo de juego al que es adicto
- Tratamiento previo por tipo juego al que es adicto
- Juego 1: Tratamientos previos por tipo de juego al que es adicto
- Juego 2: Tratamientos previos por tipo de juego al que es adicto
- Juego 3: Tratamientos previos por tipo de juego al que es adicto
- Juego 4: Tratamientos previos por tipo de juego al que es adicto
- Frecuencia con que realiza cada juego
- Juego 1: Frecuencia con que realiza cada tipo de juego
- Juego 2: Frecuencia con que realiza cada tipo de juego
- Juego 3: Frecuencia con que realiza cada tipo de juego
- Juego 4: Frecuencia con que realiza cada tipo de juego
- Media de horas que dedica semanalmente al juego y desviación típica
- Juego 1: Media de horas que dedica semanalmente al juego y desviación típica
- Juego 2: Media de horas que dedica semanalmente al juego y desviación típica
- Juego 3: Media de horas que dedica semanalmente al juego y desviación típica
- Juego 4: Media de horas que dedica semanalmente al juego y desviación típica
- Media de dinero que gasta semanalmente en juego y desviación típica
- Juego 1: Media de dinero que gasta semanalmente en juego y desviación típica
- Juego 2: Media de dinero que gasta semanalmente en juego y desviación típica
- Juego 3: Media de dinero que gasta semanalmente en juego y desviación típica
- Juego 4: Media de dinero que gasta semanalmente en juego y desviación típica
- Tratamientos previos por alguna sustancia psicoactiva
- Problemas que le ha ocasionado el juego en los últimos 6 meses
- Sustancias que consume durante el juego
- Otras adicciones sin sustancia
 - Por tipo de adicción y género
 - Edad por género y tipo de adicción
 - Situación laboral por género
 - Nivel de estudios por género
 - Incidencias legales previas y posteriores por género
- Apertura de Fibats por centro y según provincia

Indicadores FIPs:

La mayoría de los datos se ofrecen para un período de tiempo acotado entre dos fechas determinadas para los ámbitos del Centro, de la provincia y autonómico.

- Apertura de FIPs por tipo de droga
- Apertura de FIPs por grupos de edad
- Apertura de FIPs por droga y rango de edad
- Apertura de FIPs por municipio
- Sexo por tipo de sustancia principal
- Edad media por tipo de sustancia
- Edad media por sexo
- Situación laboral por sustancia principal
- Situación laboral por sexo
- Nivel de estudios por sustancia principal
- Nivel de estudios por sexo
- Fuente de referencia principal por sustancia principal
- Fuente de referencia principal por sexo
- Aperturas de FIPs por centros según provincia

Listados de Personas Usuarias de los CTA disponibles en el Sipasda:

- Listados de personas usuarias según CTA (activas, pasivas y registradas, por fecha o por período).
- Listas de espera por centros
- Personas usuarias por Terapeuta de Programa
- Personas usuarias por Distrito Municipal
- Personas usuarias por Programa
- Personas usuarias no adscritas a ningún programa
- Personas usuarias que no han iniciado tratamiento
- Listas de Espera de la Red de Artesanos
- Personas en la Red de Artesanos
- Personas sin Inf. de Evolución actualizado
- Listados de PTM
- Listados de Buprenorfina
- Listados de Recursos Receptores
- Listados de personas usuarias con demandas abiertas en el Programa Jurídico
- Listados de personas usuarias con Patología Dual
- Listados de personas usuarias con TMG
- Listado Diagnósticos con CIE vigente
- Listados de Vacunaciones
- Listados de Pruebas Diagnósticas

Indicadores de Hª Cª.

- Personas Usuarias a las que se les registra algún tto. farmacológico
- Uso Hª Cª por áreas y por terapeuta de referencia
- Uso del Gestor Documental
- Nº y % de personas con TMG
- Nº y % de personas con Patología Dual
- Nº de personas con Diagnóstico CIE
- Nº de personas vacunadas
- Nº de desintoxicaciones realizadas

13 Anexos.

- ANEXO 1. Registro para el Acceso a las Historias Clínicas (Formato sobre)
- ANEXO 2. Autorización para la inserción de datos de carácter personal
- ANEXO 3. Consentimiento para iniciar tratamiento/intervención psicoeducativa
- ANEXO 4. Consentimiento para iniciar tratamiento/intervención psicoeducativa (representante legal)
- ANEXO 5. Consentimiento para iniciar tratamiento/intervención psicoeducativa para personas menores de edad
- ANEXO 6. Consentimiento para emisión de informes
- ANEXO 7. Revocación del consentimiento
- ANEXO 8. Justificante de Asistencia
- ANEXO 9. Justificante de Informe
- ANEXO 10. Impreso de Alta Voluntaria
- ANEXO 11. Consentimiento para la transmisión de información a terceros.

Manuales de apoyo no recogidos en este documento:

Manuales de cumplimentación y notificación en SIPASDA en relación al Sistema de Gestión de Centros, Historia Clínica, Gestor Documental, etc, ubicados en la aplicación.

Protocolo de Actuación ante la violencia de Género y protocolo de Actuación Conjunta con Salud mental, ubicados en la aplicación del Sipasda.

1. Registro para el Acceso a las Historias Clínicas (sólo en el caso de acceso a Historias Físicas)

Centro:		Hoja Número:	
---------	--	--------------	--

[illegible]

2. Autorización para la inserción de datos de carácter personal

Nombre y Apellidos:

DNI/NIE/Pasaporte:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio (Dirección):

Municipio:

Teléfono:

Provincia:

Correo electrónico:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se le informa de que los datos personales que facilite ahora o en el futuro serán objeto de tratamiento y serán incorporados al Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), fichero titularidad de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía con domicilio en Avda. de Hytasa, 14, 41006 de Sevilla.

La custodia de los documentos del Historial Clínico quedará en manos de la Dirección o Coordinación delincluyendo consentimientos, autorizaciones, solicitudes de informes, etc firmados por la persona usuaria.

Los datos de carácter personal que se le solicitan son absolutamente necesarios para gestionar adecuadamente su demanda de atención, por lo que es obligatoria su aportación y, en caso de que no la proporcione, no sería posible atender debidamente su solicitud.

Los datos recabados tienen como finalidad la apertura y mantenimiento de su Historial Clínico, la elaboración de informes y documentos de derivación a otros recursos de la Red o la gestión de los diferentes programas que aparecen en el catálogo de servicios de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la Secretaría General de Servicios Sociales y podrán ser cedidos exclusivamente a las entidades públicas y privadas que pudieran intervenir en su proceso.

Se le informa de que la información aportada al equipo técnico de este Centro durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser cedida a terceras personas sin su consentimiento expreso.

Que ha sido informado/a de la posibilidad de revocar el consentimiento dado, en cualquier momento, sin expresión de causa.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá remitir una comunicación escrita a la dirección de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, o bien a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, o bien a través del Centro de Tratamiento Ambulatorio, incluyendo siempre copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente.

En....., ade..... de 20....

Persona solicitante

Nombre y apellidos
procede

Representante legal, si procede

Nombre Representante Legal, si

3. Consentimiento para iniciar tratamiento/intervención psicoeducativa

Nombre y Apellidos:
DNI/NIE/Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:
Domicilio (Dirección):
Municipio:
Provincia:
Teléfono:
Correo electrónico:

Manifiesto que, en este acto, he recibido información sobre las normas establecidas en el centro y de las distintas ofertas terapéuticas, contenidas en el Catálogo de Servicio de los Centros de Tratamiento Ambulatorio y disponibles en este centro, facilitándome la posibilidad de realizar cuantas preguntas y aclaraciones ha considerado necesarias sobre las mismas. Finalmente, declaro haber comprendido las mismas y su aceptación.

Por todo ello, solicito mi incorporación al proceso asistencial del Centro de Tratamiento Ambulatorio de..... expresando, al mismo tiempo, MI CONFORMIDAD para que por el Equipo Técnico del mismo se apliquen aquellas propuestas terapéuticas que consideren más idóneas para la atención de mi conducta adictiva. Así mismo, libremente, me COMPROMETO a aceptar, cumplir y respetar las normas de funcionamiento del centro, a los y las profesionales y a cuantas indicaciones se me realicen, comprendiendo que el incumplimiento de este compromiso haría imposible la continuidad del proceso asistencial.

Asimismo, manifiesto que he sido informado/a de mi derecho al ALTA VOLUNTARIA en cualquier fase del proceso terapéutico en que me encuentre.

Que he sido informado/a de la posibilidad de revocar el consentimiento dado, en cualquier momento, sin expresión de causa.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberé remitir una comunicación escrita a la dirección de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, o bien a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, o bien a través del Centro de Tratamiento Ambulatorio, incluyendo siempre copia del Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente.

En....., ade..... de 20....

Persona solicitante
Nombre y apellidos

4. Consentimiento para iniciar tratamiento/intervención psicoeducativa (representante legal)

Nombre y Apellidos:
DNI/NIE/Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:
Domicilio (Dirección):
Municipio:
Provincia:
Teléfono:
Correo electrónico:

Datos de Representante legal:

Nombre y Apellidos:
DNI/NIE/Pasaporte:

Manifiesto que, en este acto, he recibido información sobre las normas establecidas en el centro y de las distintas ofertas terapéuticas, contenidas en el Catálogo de Servicio de los Centros de Tratamiento Ambulatorio y disponibles en este centro, facilitándome la posibilidad de realizar cuantas preguntas y aclaraciones ha considerado necesarias sobre las mismas. Finalmente, declaro haber comprendido las mismas y su aceptación.

Por todo ello, solicito la incorporación de mi representado/a.....al proceso asistencial del Centro de Tratamiento Ambulatorio de..... expresando, al mismo tiempo, MI CONFORMIDAD para que por el Equipo Técnico del mismo se apliquen aquellas propuestas terapéuticas que consideren más idóneas para la atención de su conducta adictiva. Así mismo, libremente, mi representado/a se COMPROMETE a aceptar, cumplir y respetar las normas de funcionamiento del centro, a los y las profesionales y a cuantas indicaciones se le realicen, comprendiendo que el incumplimiento de este compromiso haría imposible la continuidad del proceso asistencial.

Asimismo, manifiesto que he sido informado/a de su derecho al ALTA VOLUNTARIA en cualquier fase del proceso terapéutico en que se encuentre.

Que he sido informado/a de la posibilidad de revocar el consentimiento dado, en cualquier momento, sin expresión de causa.

Por último, he sido informado/a que para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de mi representado, deberé remitir una comunicación escrita a la dirección de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, o bien a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, o bien a través del Centro de Tratamiento Ambulatorio, incluyendo siempre copia de mi Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente así como la documentación de mi representado/a.

En....., ade..... de 20....

Representante legal
Nombre y apellidos

5. Consentimiento para iniciar tratamiento/intervención psicoeducativa para personas menores de edad

_____ de _____ años de edad, con
documento identificativo nº _____ en calidad de
_____ del/de la menor:

Nombre y Apellidos:

DNI/NIE/Pasaporte:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio (Dirección):

Municipio:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Datos de Representante legal/Padre/Madre:

Nombre y Apellidos:

DNI/NIE/Pasaporte:

Tipo de vinculación existente:

Por medio del presente documento, MANIFIESTO QUE:

Como representante legal/padre/madre consiento en la participación en el proceso asistencial que deba llevar _____ de ____ años de edad, por los profesionales del Centro de Tratamiento Ambulatorio de

Que me han informado de que la información aportada por el equipo técnico de este Centro durante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser cedida a terceras personas sin mi consentimiento expreso.

Que he sido informado/a de que los y las profesionales de este centro están obligados/as a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para mi representado/a, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, los y las profesionales están obligados a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

Que acepto que como representante legal seré informado/a de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro/a representado/a y el o la terapeuta.

Que he sido informado/a y consiento en que mi representado/a asista a cuantas sesiones o citas se le indiquen desde el centro. Y en el caso de no ser posible la asistencia a alguna, lo comunicaremos con al menos 24 horas de antelación.

Una vez facilitada la información por el profesional del Centro, (Nombre del representante del/de la menor) _____, comprendo que mi representado/a accede a incorporarse al proceso asistencial voluntariamente, habiéndosele dado en mi presencia toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y que éste/a, está de acuerdo en incorporarse al proceso.

Por todo ello, DOY MI CONFORMIDAD al Centro de Tratamiento Ambulatorio de _____ para que proceda a iniciar el proceso asistencial _____ (nombre del/de la menor), pueda ser incluido/a en el programa para su conducta adictiva, atendiendo a aquellas propuestas que el equipo técnico considere más idóneas, así como al tratamiento informatizado de los datos personales, según lo establecido en la legislación vigente (L.O. 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Se me informa de que para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, deberé remitir una comunicación escrita a la dirección de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía con domicilio en Avda. de Hytasa, 14, 41006 de Sevilla, o bien a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía o bien a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, incluyendo siempre copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente.

Así mismo, manifiesto que he sido informado/a de su derecho al ALTA VOLUNTARIA en cualquier fase del proceso terapéutico en que se encuentre.

Que he sido informado/a de la posibilidad de revocar el consentimiento dado, en cualquier momento, sin expresión de causa.

En..... , a.... de de 20..

Terapeuta

Representante legal/Padre/Madre

Nombre y apellidos terapeuta

Nombre y apellidos

Categoría profesional

6. Consentimiento para emisión de informes

D./Dña _____ de _____ años de edad, con documento identificativo _____, en tratamiento en el Centro de Tratamiento Ambulatorio _____, por medio de este escrito solicita con motivo de _____ la emisión de informe sobre la situación actual de su proceso de tratamiento, conociendo que, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la entrega de informes se efectuará exclusivamente a la persona solicitante, previa identificación por su documento identificativo.

Que ha sido informado/a de la posibilidad de revocar el consentimiento dado, en cualquier momento, sin expresión de causa.

Que para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, deberá remitir una comunicación escrita a la dirección de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, o bien a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, o bien a través del Centro de Tratamiento Ambulatorio, incluyendo siempre copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente.

En caso de no poder recogerlo personalmente, deberá cumplimentar en la parte inferior de este impreso la autorización correspondiente.

En..... , a.... de de 20..
Firmado:

Motivo del Informe:

Para recogida de informe por persona distinta a la solicitante:

Autorizo a a retirar el informe solicitado a mi nombre en el Centro de Tratamiento Ambulatorio _____, para lo que acompaña copia de mi DNI o documento identificativo equivalente.

Persona usuaria

Persona Autorizada

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos de la persona autorizada

7. Revocación del consentimiento

Revoco la autorización que firmé en el documento de consentimiento informado, de fecha....de.....de 20.. para el programa...../el tratamiento con...../para..... que se da, con esta fecha, por finalizado.

En..... , a.... de de 20..

Terapeuta

Representante legal

Persona usuaria

Nombre y apellidos terapeuta

Nombre y apellidos

Nombre y Apellidos

Categoría profesional

Representante legal

Persona usuaria

8. Justificante de Asistencia

Nombre persona usuaria
DNI

La persona arriba referenciada ha asistido a este centro en el día de la fecha en horario de.....

Observaciones:

Para que conste donde proceda y a petición de la persona interesada, se extiende y firma el presente documento.

Fecha

Nombre C.T.A.
Nombre profesional (el que genera la justificación)

9. Justificante de Informe

Solicitud de informe.

NOMBRE Y APELLIDOS
DNI

La persona que arriba se menciona ha asistido a este centro el día de la fecha demandando informe.

Ante la imposibilidad de hacerlo de forma inmediata se emplaza para recoger para el día.....

Para que conste donde proceda y a petición de la persona interesada, se extiende y firma el presente documento.

Fecha

Nombre C.T.A.
Nombre profesional (el que genera la justificación)

10. Impreso de Alta Voluntaria

Nombre y Apellidos:
DNI/NIE/Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:
Domicilio (Dirección):
Municipio:
Provincia:
Teléfono:

Yo,....., con DNI....., por medio del presente documento, de forma libre y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del equipo terapéutico que me atiende, decido VOLUNTARIAMENTE retirarme de los servicios del centro..... y asumo las consecuencias que se deriven de esta decisión.

En , a de de

La persona usuaria:
El/La Profesional:
Categoría profesional

11. Consentimiento para la transmisión de información a terceros

Nombre y Apellidos:
DNI/NIE/Pasaporte:
Fecha de Nacimiento:
Domicilio:
Municipio:
Provincia:
Teléfono:

Institución donde se realiza el consentimiento:

Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones de:

Institución a la que se autoriza la transmisión de datos:

Don/Doña, con D.N.I. número

AUTORIZA a que las instituciones referenciadas en este escrito puedan intercambiar cuanta información estimen necesaria relativa al conjunto de intervenciones que se realizan por dichas instituciones en relación con mi proceso asistencial.

Fecha
Nombre persona usuaria

Protocolo de Petición de Determinaciones Toxicológicas al Laboratorio de Farmacología Clínica del H.U. de Puerto Real y de comunicación de resultados.

1 Generalidades sobre el proceso.

El método clínico de enzimoimmunoanálisis homogéneo con líquidos, utilizado para la detección de metabolitos de drogas en orina, es una técnica de cualitativa y semicuantitativa de presunción diagnóstica de consumo, que es utilizado para la comprobación de la abstinencia de los pacientes, cuya fiabilidad está en función de distintas circunstancias. No obstante, requiere que el proceso, desde la recogida al análisis, se desarrolle en condiciones que garanticen una correcta manipulación de las muestras, siendo necesaria una organización y planificación del proceso para optimizarlo y eliminar al máximo los posibles riesgos. En el caso de ser necesario obtener un resultado analítico confirmatorio, se debe utilizar un método químico alternativo más específico. El método confirmatorio de mayor aceptación es la cromatografía de gases/espectrometría de masas (GC/MS). La consideración clínica y el buen juicio profesional se deben aplicar a todos los resultados de los ensayos de drogas de adicción, especialmente en la utilización de resultados preliminares positivos.

2 Definición funcional.

Conjunto de actuaciones necesarias para suministrar información de utilidad clínica, mediante la aplicación de procedimientos de Laboratorio a muestras biológicas de origen humano, destinadas a verificar, mediante un método objetivo, el presunto consumo de drogas en los pacientes en tratamiento en los Centros de Tratamiento Ambulatorios de la provincia de Cádiz. Dicho proceso implica:

- La programación o indicación sobre a qué usuarios se le va a solicitar la muestra, atendiendo a los criterios de disponibilidad.
- La petición, recogida e identificación de las muestras.
- El almacenaje, conservación y transporte.
- El procesamiento de las muestras y la comunicación de resultados.
- Registro de resultados.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

El proceso se inicia con la correspondiente indicación o prescripción por parte de un terapeuta, para que se le efectúe el correspondiente análisis de los metabolitos de drogas indicados en la petición.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

El proceso finaliza con la recepción de un informe y la incorporación de los resultados de los controles de drogas en los registros clínicos del usuario correspondiente.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Cualquier demanda de controles de orina solicitada con otros fines distintos a los establecidos o por instituciones, inicialmente debe ser rechazada.

6 Responsable del proceso.

Atendiendo a las distintas fases o momentos del proceso, se establecen distintos responsables del mismo, aunque mantenemos que la responsabilidad final del proceso recae en la dirección de cada CTA, salvo las fases propias en las que actúa el Laboratorio de

7 Observaciones.

A continuación se describen algunos aspectos de interés, que son importantes recoger:

Dadas las grandes dimensiones económicas del Programa, y atendiendo a la disponibilidad de reactivos, es muy importante que se realice un uso moderado y ajustado del recurso, que resulte válido para los objetivos terapéuticos establecidos. De esta necesidad se plantean las siguientes pautas generales en la petición de controles y determinaciones:

Se realizarán controles, exclusivamente, por indicación del terapeuta, quien indicará el tipo y el número de determinaciones a efectuar.

No se establecerán baterías estándar de determinaciones de forma general: las que se soliciten serán las ajustadas a la situación actual del paciente.

Cada CTA dispone anualmente de un número de determinaciones según tipo y, atendiendo al número de usuarios en tratamiento, lo que le es comunicado al principio de cada año.

8 Destinatarios del proceso.

Usuarios que se encuentran en tratamiento en los dispositivos asistenciales del S.P.D. de Cádiz (o bien en otros dispositivos de Andalucía y en coordinación con el terapeuta de origen), y teniendo como criterio general la indicación del equipo de terapeutas, se valora pertinente la realización del control de drogas para el proceso terapéutico.

Usuarios que actualmente se encuentran en tratamiento, y de los cuales se solicita expresamente por parte de órganos judiciales que se realicen controles de drogas en orina, mediante escrito correspondiente.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- La programación o indicación de la petición.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta del CTA	A) Realiza petición a usuario con presencia física en Sipasda (Petición CTx) ó B) Programa controles en fechas determinadas.	a) Selecciona usuario en Petición de Ctx. en SIPASDA - Realiza petición de metabolitos en Sipasda. b) Desde la Agenda, selecciona usuario, pulsando sobre Fibat en la opción CTx. - Indica fecha/s en las que deseamos recoger la muestra, metabolitos y observaciones.

- La recogida de la muestra e identificación.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Auxiliar de Enfermería y en su defecto, cualquier otro/s profesional/es del CTA designado/s.	- Identifica el tubo con la pegatina correspondiente con código de barras en sentido longitudinal. - Imprime dos copias de la petición, una para entregar al transportista y otra que se guarda hasta recepción de resultados. - Pega misma pegatina en ambas copias. - Entrega material de recogida. - Recoge muestra con presencia de observador (Valorar recogida domiciliaria en casos de absoluta confianza), en cantidad mínima de 10 cc.	- Usa guantes y material de recogida de muestras suministrado. - Comprueba que la pegatina es coincidente en las copias de papel y en tubo de muestra. - Adopta medidas de seguridad e higiene. - Informa al usuario sobre cómo se realiza una correcta recogida al usuario. - Gestiona incidencias relacionadas con la recogida y comunica a su terapeuta.

- El almacenaje y conservación.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Auxiliar de Enfermería y en su defecto, cualquier otro/s profesional/es del CTA designado/s.	- Coloca los tubos en los soporte suministrados debidamente identificados con su pegatina. - Introduce el portamuestras en el congelador hasta el momento del transporte. - Entrega a la persona que realiza el transporte las muestras junto con las peticiones individualizadas.	- Mantendrá las orinas congeladas hasta un máximo de 90 días. La refrigeración sólo permite su mantenimiento hasta 3 días. - Se firma documento de cadena de custodia, tanto por el transportista como por la persona que entrega las muestras y por la persona que recepciona las muestras.

- Transporte.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional asignado para el transporte y ajeno al SPD de Cádiz.	- Recoge neveras de transporte de muestras junto con peticiones según día establecido en la hoja de ruta. - Firma hoja de custodia. - Transporta al Laboratorio. - Comunica incidencias en la recogida y transporte de muestras al SPD de Cádiz mediante el documento de cadena de custodia.	- Verifica que las muestras se encuentran en condiciones óptimas para el transporte. - Da conformidad a las condiciones de entrega. - Transporte en condiciones idóneas y en el menor tiempo posible.

- El procesamiento de las muestras y la comunicación de resultados.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales del Laboratorio del SAS.	- Recepciona muestras. - Procesa muestras y obtiene resultados. - Comunica resultados en soporte	- Cumplimenta hoja de cadena de custodia. - Procesa las muestras bajo estrictos sistemas de control de calidad.

	informático al SPD de Cádiz.	-Genera resultados en Hoja de Cálculo que se remite telemáticamente con resultados semicuantitativos y cualitativos, en ficheros agrupados por cada sesión de trabajo, donde se incluyen incidencias en fichero aparte, los cuales son remitidos a las responsables del SPD de Cádiz.
--	------------------------------	---

- Registro de resultados.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Servicio Provincial. Servicios Centrales	-Recepciona resultados. -Comprueba si corresponde lo enviado con lo remitido. -Remite telemáticamente resultados de cada sesión de muestras a cada uno de los CTA.	-Remite inmediatamente los resultados que se obtienen a cada CTA. -Informa sobre las características de la técnica, significado de los resultados, limitaciones, etc.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Auxiliar de Enfermería y en su defecto, cualquier otro/s profesional/es del CTA designado/s.	-Recepciona resultados y contrasta con la copia que permanece en el centro. -Anota los resultados de cada una de las muestras en el usuario correspondiente mediante la aplicación del Sipasda. -En el caso de incidencias, se remite al SPD de Cádiz, hoja de petición escaneada donde consta el código de barras, para que sea gestionado desde Servicio.	-Comprueba que los datos remitidos corresponden con los solicitados. -Pulsa sobre las "Peticiónes Pendientes", en Sipasda y se nos muestra un listado de cada una de las peticiones (Nº de Fibat, Historia, Nombre Paciente y fecha de la muestra, donde se señala el resultado obtenido (Positivo, Negativo, Nulo o Manipulado) en cada una de las determinaciones solicitadas. -Garantiza que los resultados obtenidos, quedan suficientemente registrados en el programa, atendiendo a los criterios expuestos en el protocolo y comunica incidencias.

10 Componentes del proceso.

El personal implicado en el desarrollo de este programa es:

- Personal de los dispositivos asistenciales del Servicio Provincial de Drogo-dependencias.
- Personal de transporte de las muestras (según convenio con la institución que lo realiza).
- Personal del Laboratorio de Farmacología Clínica del H.U. De Puerto Real, que procesa las muestras y emite resultados.

Materiales necesarios específicos para el desarrollo del proceso:

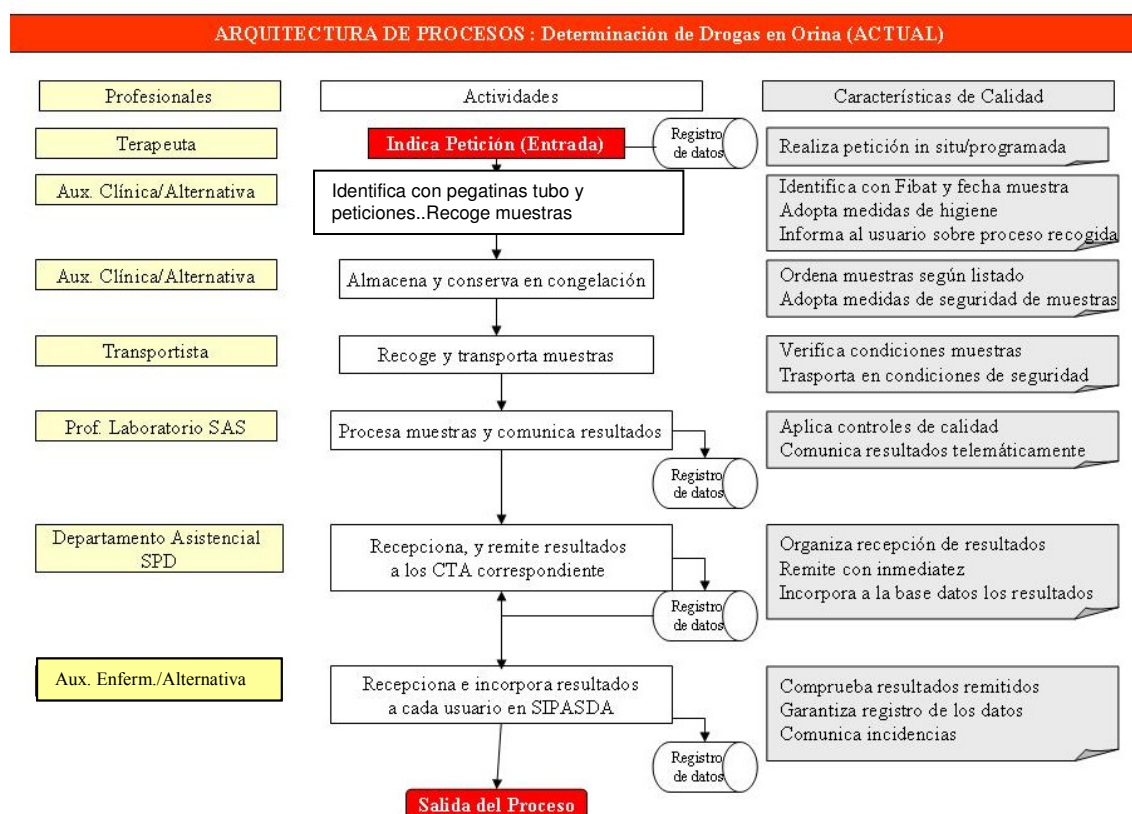
- Congeladores

- Neveras de transporte
- Guantes desechables
- Soporte informático
- Tarros de recogida de muestras de orina.
- Contenedores de recogida de guantes y tarros desechados.

El Servicio Provincial de Drogodependencias abonará los gastos que se derivan del transporte de las muestras al Laboratorio Provincial.

El Servicio Andaluz de Salud, aportará los medios y materiales necesarios para el procesamiento de las muestras (analizadores y reactivos).

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

Los indicadores propuestos actualmente por el Sipasda:

- Nº de controles realizados
- Nº de controles realizados a pacientes activos en otros centros
- Nº de peticiones según sustancia
- Nº de peticiones según sustancia/resultados
- Nº de controles medio por persona usuaria

El Sipasda en su apartado de Protocolos de CTx dispone de los siguientes elementos para los pacientes con Fibat y con Fips:

- Autorizaciones de CTx
- Previsión de CTx
- Peticiones de CTx
- Peticiones de Ctx a personas usuarias de otro CTA

- Peticiones a personas sin Fibat
- Listados de CTx previstos
- Listados de CTx pendientes
- Listados de CTx sin Fibat
- Listados de Autorizaciones de CTx
- Petición de CTx Fips
- Autorización de CTx Fips
- Previsión de CTx Fips
- Listados de CTx Fips

13 Anexos.

- ANEXO 1. Aspectos a tener en cuenta sobre la Técnica de EIA para detección de drogas en orina.
- ANEXO 2. Normas para una correcta toma y almacenaje de los controles de orina.
- ANEXO 3. Rutas de recogida de muestras de orina.
- ANEXO 4. Normas sobre cómo informar sobre los resultados de las determinaciones por escrito, cuando éstos nos sean solicitados por otras instituciones.
- ANEXO 5. Cadena de Custodia SPD de Cádiz-Laboratorio HUPR. Metabolitos de Drogas en Orina.

1. Aspectos a tener en cuenta sobre la Técnica de EIA para detección de drogas en orina.

Qué es el Inmunoanálisis homogéneo

Es una técnica de inmunoensayo enzimático homogéneo. Es decir, el complejo antígeno-anticuerpo no tiene que ser separados por centrifugación. El objetivo de la técnica es realizar una detección presuntiva de posibles consumos de drogas. No es una prueba diagnóstica confirmatoria, no obstante, nos presenta unos resultados semicuantitativos.

La orina se mezcla con un reactivo que contiene g de glucosa-fosfato (G-6-P) y anticuerpos contra la droga, así como un segundo reactivo que contiene un derivado de la droga marcada con deshidrogenasa G-6-P. Los marcados con una enzima de drogas cuando se une a un sitio de anticuerpos son incapaces de interacción con el sustrato (G-6-P). Si la enzima fármacos etiquetados no se unen a los anticuerpos, entonces es libre de reaccionar con el sustrato. La droga en orina del sujeto compite por el número limitado de sitios de enlace y por lo tanto aumenta proporcionalmente la actividad enzimática total. La actividad enzimática es por tanto, está directamente relacionado con la concentración de la de drogas en la orina.

Esta técnica generalmente es menos sensible que la RLA, pero aún conserva de moderada a buena sensibilidad y especificidad (Allen y Sutiles 1981). La interacción enzima / sustrato es algo más sensible a las variaciones de temperatura e iónicos adulterantes (como la sal). Este procedimiento puede ser automatizado, lo que permite pruebas por muestreo múltiple y reducir los costos.

Factores que determinan si una PRUEBA es positiva o negativa.

Dosis.

Cuanto mayor sea la dosis de droga tomada, es más probable que el medicamento se detectado en la orina. A modo de ejemplo, una dosis de codeína 30 mg puede ser detectado de una 1 a 6 horas después de su uso por un método determinado, una dosis de 60 mg por el mismo método podría ser detectada durante 1-10 horas.

Frecuencia de uso.

Las drogas permanecen en el cuerpo durante períodos de tiempo variables. Las drogas como la cocaína son eliminadas del cuerpo relativamente rápido. Dependiendo de la prueba procedimiento, una sola dosis de cocaína, por ejemplo, sólo pueden ser detectada en la orina durante 1 día o menos. El uso continuado a diario puede hacer que el medicamento sea detectable en 2 o 3 días después del cese de su uso. Fumar un solo cigarrillo de marihuana puede resultar en un análisis de orina positivo para los cannabinoides para una o 2 días con algunos de los métodos y de 3 a 5 días con métodos más sensibles. El uso continuado de marihuana a diario sin embargo, puede resultar en una muestra de orina positiva en 3 o más semanas después de que su uso se ha detenido. Como regla general, la mayoría de los medicamentos tienden a acumularse en el cuerpo si se toman de forma regular. Cuanto más frecuentemente se ingiere una droga, es más probable que sea detectado en una prueba de orina de drogas.

Tiempo del uso de drogas para la recolección de orina.

Cada droga se excreta del cuerpo en intervalos de tiempo variables, en función de la de drogas, la dosis administrada y la frecuencia del consumo de drogas. Para las drogas como cocaína que salen del cuerpo muy rápidamente, es necesario recoger la orina muy cerca del tiempo de uso de drogas para obtener una muestra positiva. Con las drogas como la marihuana que se eliminan más lentamente, la recolección de orina puede ocurrir hasta varios días después de su uso y seguir siendo positivo.

La sensibilidad de la prueba de análisis utilizada.

Interpretación de resultados

Análisis de orina con resultado negativo

Varias interpretaciones son posibles:

- 1.- No está usando un medicamento/droga que puede ser detectado por la prueba.
- 2.- El sujeto puede estar tomando una de las drogas detectadas por la prueba, pero

-No está tomando una dosis suficientemente grande como para ser detectado

-No se usa con la frecuencia suficiente para ser detectado

-La orina se recoge mucho tiempo después de que el fármaco fue ingerido

-La muestra de orina se diluye o es manipulada o conmutada con otra muestra por el sujeto.

- 3.- El sujeto puede estar tomando el medicamento, pero el ensayo utilizado no fue suficientemente sensible para detectar la droga en la orina.

Resultado de la prueba positiva

Si la prueba se ha realizado correctamente y los resultados del laboratorio son válidos, el resultado significa que el medicamento/droga indicada estuvo presente en la orina. Un resultado positivo no significa que el individuo consumió en el momento previo de la recogida de la muestra. Un experto sería capaz de proporcionar información general sobre el calendario del uso de drogas por parte del sujeto. El significado de una sola prueba positiva de orina de drogas debería repetirse a intervalos regulares. Positivos múltiples durante un período de tiempo refuerza la idea de que un individuo puede ser un usuario regular de la sustancia detectada. Aunque múltiples negativos no quieren decir de forma absoluta que no exista el consumo de drogas, sólo proporcionan evidencia de que el individuo no la utiliza de forma regular.

Seguimiento de casos

En algunos casos, como en situaciones de tratamiento o períodos de prueba para una persona, puede ser aconsejable recoger muestras secuenciales en el tiempo para evaluar la abstinencia de drogas.

La recogida de muestras de orina múltiples durante un período prolongado de tiempo requiere que se preste especial atención a los sujetos que han ingerido drogas como la marihuana y ciertos agentes contra la ansiedad benzodiazepina que se excreta en la orina durante largos períodos de tiempo. Si el sujeto había utilizado uno de estos medicamentos de forma prolongada o crónica antes del inicio de las pruebas de orina, es posible que la prueba de resultado positivo por varias semanas o meses después de que cesara el consumo.

Dado que los resultados de las pruebas de orina normalmente se informan como positivo o negativo, no es posible determinar si un resultado positivo se debe a uso continuado de la droga o excreción continua de la droga de los anteriores uso. Con el fin de diferenciar entre el uso reciente de drogas y la orina continua la excreción de drogas de uso anterior, es necesario solicitar que el laboratorio realizar un análisis semicuantitativo de la droga en la orina. Si se ha dejado de usar la droga, la concentración de fármaco en la orina se espera que disminuya cada vez que se analizaron la orina. Si la concentración de los aumentos de las drogas, se debe considerar que se sigue consumiendo la droga. La supervisión de este nivel de reducción de drogas se ve complicada por las variaciones en la orina en contenido de agua. La mayor ingesta de agua puede diluir la cantidad de drogas en la orina, y, por el contrario, una ingesta limitada principalmente en relación deshidratación con el ejercicio puede conducir a una orina concentrada anormalmente en la muestra.

Consideraciones especiales

En el caso de consumo de cannabis agudo u ocasional (menos de dos veces por semana) fumar. Suponiendo que pruebas de detección de 50 a 100 ng / ml de corte y ensayos de confirmación para 9-carboxi-THC de aproximadamente 10 a 15 ng / ml se utilizan muestras de orina por lo general ser positivo de 1 a 3 días.

En caso del consumo crónico (diaria) de fumar. Una persona que fuma regularmente, aun tan sólo dos o tres veces a la semana por lo general tienen las orinas positivas durante varios meses. Un fumador crónico que deja de fumar puede seguir produciendo muestras positivas por más de un mes (Dependiendo del punto de corte del ensayo) debido a la cantidad de THC acumulado en el cuerpo. Se hace difícil, por lo tanto, distinguir entre el fumador crónico que ha dejado de fumar antes de una semana del que sigue consumiendo.

La administración oral (ingestión) de marihuana. Para las primeras horas después de una dosis, el perfil metabólico (concentraciones relativas de THC y sus metabolitos) de THC en las muestras de sangre, es muy diferente después de una dosis por vía oral frente a la toma fumada. Sin embargo, los perfiles metabólicos en muestras de orina por lo general no pueden diferenciar entre una dosis por vía oral y uno fumada.

La inhalación pasiva del humo de cannabis puede resultar detectable de fluidos corporales de THC y THC-9-carboxi. Sin embargo, los estudios citados generalmente involucran varios fumadores en una pequeña habitación de madera o un coche y una o más personas que no fuman en la habitación para al menos una hora sin ventilación.

La probabilidad de este tipo de exposición que conduce a una muestra de orina positiva, por supuesto, depende de la sensibilidad del método analítico utilizado, pero la métodos de cribado en uso hoy en día, que por lo general incorporan puntos de corte altos para que esta posibilidad sea altamente improbable.

En relación a los resultados de la Cannabis

Un análisis de orina positiva para metabolitos de THC (s) indica que el individuo ha consumido marihuana o derivados de la marihuana desde hace una hora hasta varias semanas antes de que se ha recogido la muestra.

Aceptamos que el total de las concentraciones de cannabinoides de menos de 50 ng / ml (inmunoensayo en la orina) puede ser compatible con el uso más allá de 36 horas, o de la excreción de largo plazo en el usuario crónico. Sin el conocimiento de los otros hábitos del individuo, una interpretación más específica no suele ser factible.

La realización de un muestreo múltiple de la orina con cierta frecuencia, puede ayudar a hacer interpretaciones más específicas. Por ejemplo, si varias muestras semanales se toman de una persona y sus resultados son positivos, debe haber un patrón diferente de positivos en función de las circunstancias de uso. Si el individuo es un ocasional o "una vez", la muestra de segundo o tercero debe ser negativo, Si el individuo es fumador crónico que dejó de consumir, las muestras pueden ser positivas en 3 o más semanas, pero la concentración debe mostrar una tendencia general decreciente, llegando a ser negativa durante un período prolongado (2 semanas). Si, sin embargo, la persona sigue fumando, las muestras siguen siendo positivas para varias semanas sin ninguna indicación particular en la tendencia de disminución de la concentración.

Una simple prueba de orina positiva no significa que la persona estaba bajo la influencia de la marihuana en el momento en que la muestra de orina fue recogida.

Un análisis de orina positivo verdadero sólo significa que la persona que proporciona la muestra ha usado la droga en el pasado reciente, lo que podría pasar horas, días o semanas dependiendo de la modalidad de uso específico.

En relación a los resultados de las anfetaminas.

La anfetamina se ha detectado en la orina hasta 29 horas después de una sola dosis oral de 5 mg de anfetamina. La metanfetamina también se ha identificado hasta 23 horas después de una dosis oral única.

Tras la administración intravenosa crónica, en los abusadores de metanfetamina se han detectado concentraciones de metanfetamina de 25 a 300 ng / ml y las concentraciones de anfetaminas de 10 a 90 ng / ml en la orina.

Varias preparaciones de venta libre utilizados como descongestionantes y suplementos dietéticos contienen efedrina y fenilpropanolamina, que son capaces de producir positivos en la orina en concentraciones significativas. Varios medicamentos con receta,

como benzfetamina, fenfluramina, mefentermina, fenmetrazina, también pueden producir resultados positivos en la técnica de inmunoensayo.

Un análisis de anfetaminas positivo indica el uso previo de anfetamina o metanfetamina, por lo general en los últimos 24 a 48 horas.

Debido a la alta prevalencia de la fenilpropanolamina y efedrina en el uso de los complementos alimentarios y remedios para el resfriado y la alta probabilidad de su reactividad cruzada en los inmunoensayos, es importante realizar pruebas de confirmación para la detección de muestras presuntamente positivas por pruebas de inmunoensayo.

En relación a los resultados de opiáceos.

La morfina de la heroína puede ser detectada de 2-4 días después de la última dosis de los inmunoensayos, cuando se utilizan en puntos de corte de 300 ng / ml.

La presencia de la morfina y la codeína en la orina es compatible con la ingestión de codeína sola, cuando la concentración es alta y la codeína mayor que la de la morfina, que puede ser producido como un metabolito de orina. El uso de codeína prescrita debe ser comprobado, en este caso. En general, la ingestión de una dosis terapéutica de la codeína (30 mg) dará lugar a detectar los niveles de la morfina o la codeína libre por sólo unas horas, aunque otros metabolitos pueden ser detectados durante 2-3 días por inmunoensayo.

En relación a los resultados de la cocaína

La cocaína se absorbe rápidamente (la concentración plasmática máxima se producen en cerca de 5 minutos) después de fumar. Los perfiles de plasma después de fumar son casi equivalentes a las que se obtienen de una dosis intravenosa. Existen importantes diferencias temporales en los perfiles de la cocaína de plasma entre la vía intranasal y la vía intravenosa o fumar. Las concentraciones máximas de cocaína alcanzadas en torno a 30-40 minutos persisten por más tiempo después de la vía intranasal que a través de la inhalación por vía intravenosa o humo.

La benzoilecgonina (25-40 por ciento de la dosis) es el principal metabolito en la orina. Acerca de 18-22 por ciento de la dosis se excreta en forma de ecgonina metil éster y 3.2 por ciento en ecgonina. En general, la cocaína puede ser detectada por inmunoensayos entre 24-48 horas.

Dependiendo de la frecuencia de los análisis de orina, un análisis negativo puede no ser un claro indicio de la falta de uso crónico. Con esta y otras drogas con tiempos relativamente cortos de detección, será menos probable que se detecte que los consumidores de drogas como la marihuana o el PCP, que tienen tiempos de detección más largos.

La tabla inferior muestra el tiempo transcurridas 5 vidas medias de eliminación.

A este tiempo post dosis, la concentración de la droga cae aproximadamente al 3% de su valor inicial. El tiempo de detección también depende de la cantidad inicial tomada y de la sensibilidad del método analítico usado.

Los tiempos de detección en orina variaran según la concentración de la orina, la cantidad y pureza de la droga tomada, las características individuales para eliminar la droga y la sensibilidad del método de detección. Ni metadona ni anfetaminas se excretan adecuadamente en orina alcalina

Fuente: Syva Drug Monitor, Vol. 4 Issue 9 Summer 2006

Tiempo aproximado de detección de drogas de abuso en orina	
Sustancia	tiempo
Anfetamina	2 - 3 días
Benzodiazepinas	
Intermedias (Ej. Temacepam)	2 - 4 días
Larga acción (Diacepam/Nitracepam)	7 o más días
Cannabinoides	
Una vez	1 - 2 días
Uso moderado (diario)	10 días
Uso crónico	36 días
Cocaína	6 - 8 horas
(Benzoilecgonina)	2 - 3 días
Opiáceos	
6- monoacetilmorfina	2 - 4 horas
Morfina/codeína	1 día
Dihidrocodeína	1 día
Glucurónidos de morfina	2 días
Glucurónidos de codeína	3 días
Opioides	
Metadona (dosis de mantenimiento)	7 - 9 días
Buprenorfina	2 - 3 días
Norbuprenorfina y conjugados	7 días
Propoxifeno	0,5 - 2 días

Catabolito	Valor de corte (ng/ml) indicados por el Laboratorio
ANFETAMINAS/METANAFT	500
OPIÁCEOS	300
COCAINA	300
BENZODIAZEPINAS	200
CANNABIS	50
METADONA	300
ÉXTASIS	-

Tiempo teórico máximo de detección de drogas en sangre	
Droga	tiempo
Heroína (diacetilmorfina)	10 min
6-Monoacetilmorfina	100 min
Morfina	15 horas
Glucurónido de morfina	38 horas
Dihidrocodeína	20 horas
Codeína	15 horas
Glucurónido de codeína	60 horas
Metadona	180 horas
Cocaína	5 horas
Benzoilecgonina (metab.codeína)	5 horas
Ac Δ9-THC	100 horas
Ac Δ9-THC 9-Carboxílico	de 125 a 140 horas
Anfetamina	60 horas
MDMDA	30 horas
Benzodiazepinas tipo:	
Temacepam (3-OH-Diacepam)	50 horas
Flunitracepam (Rohypnol)	75 horas
Diacepam	240 horas

2. NORMAS PARA UNA CORRECTA TOMA Y ALMACENAJE DE LOS CONTROLES DE ORINA.

MATERIAL NECESARIO:

Tarros de muestra, guantes de un sólo uso, congelador, etiquetas con códigos e impreso de petición emitido por Sipasda, bandejas de muestras, desinfectantes bacteriostáticos de contacto y contenedor para guantes usados y tarros desechados.

Todo lo relacionado con el manejo y almacenaje de muestras podrá ser consultado en el Manual de Proceso de Soporte: Laboratorios Clínicos en la página:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/procesos_soporte/laboratorios_clinicos/proceso_soporte_laboratorios.pdf

3. RUTAS DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA

Ruta 1: Día de recogida: Lunes alternos (cada 15 días)

Punto 1:	CTA de Cádiz
Punto 2:	CTA de Jerez
Punto 3:	CTA de Sanlúcar
Punto 4:	CTA de Rota
Punto 5:	CTA de El P. Santa María
Punto 6:	CTA de Puerto Real

Destino muestras: Lab. Farmacología Clínica HUPR

Ruta 2: Día de recogida: Martes alternos (cada 15 días)

Punto 1:	CTA de San Fernando
Punto 2:	CTA de Chiclana
Punto 3:	CTA de Conil
Punto 4:	CTA de Barbate
Punto 5:	CTA de Algeciras
Punto 6:	CTA de La Línea
Punto 7:	CTA de Alcalá.

Destino muestras: Lab. Farmacología Clínica HUPR

Ruta 3: Días de recogida: Miércoles alternos (cada 15 días)

Punto 1:	CTA de Cádiz
Punto 2:	CTA de Jerez
Punto 3:	CTA de Arcos
Punto 4:	CTA de Ubrique
Punto 5:	CTA de Algodonales
Punto 6:	CTA de Villamartín

Destino muestras: Lab. Farmacología Clínica HUPR

Ruta Alternativa que se lleva a cabo en la semana entre cada dos semanas de recogida completa y comprende los siguientes puntos:

Punto 1:	CTA de Cádiz
Punto 2:	CTA de San Fernando
Punto 3:	CTA de Jerez
Punto 4:	CTA de Algeciras
Punto 5:	CTA de La Línea

Destino muestras: Lab. Farmacología Clínica HUPR

4. Normas sobre cómo informar sobre los resultados de las determinaciones por escrito, cuando éstos nos sean solicitados por otras instituciones:

- Evitar adjuntar listados de resultados de pacientes a los informes sin que se explique determinados aspectos de la técnica y sus interpretaciones.
- Especificar claramente el período de análisis: "El interesado se le han venido recogiendo muestras de orina desde tal fecha hasta tal fecha, con una periodicidad xxxx, habiéndosele realizado un total de xxx determinaciones en este período".
- Especificar las determinaciones realizadas: "Los determinaciones de metabolitos solicitadas han sido de xxxx"".
- Describir la técnica utilizada y el Laboratorio que las procesa: "La técnica utilizada para el procesamiento de las muestras ha sido el Inmunoanálisis enzimático, cuyo objetivo fundamental es detectar de una forma presuntiva posibles consumos, no pudiéndose considerar dicha técnica como de confirmación diagnóstica, no obstante tiene una sensibilidad y especificidad de moderada a buena, habiendo sido analizadas por el Laboratorio de Salud Pública de la Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía ."
- Exponer la finalidad de la prueba: "El uso de la técnica en este Centro obedece exclusivamente a la necesidad de los profesionales de conocer y evaluar el proceso terapéutico que mantienen los usuarios adscritos a los programas de tratamiento, siendo dudosa cualquier otra interpretación al margen de lo anteriormente expuesto".
- Exponer el significado de los resultados: Teniendo en cuenta que los resultados negativos corresponden de forma hipotética a las siguientes interpretaciones: 1) No está usando la droga, 2) No usa la droga en cantidad suficiente para ser detectada, 3) No usa la droga con la frecuencia suficiente para ser detectada 4) Se producen anomalías en el proceso de recogida de la muestra, diluciones o manipulaciones.
- Recuerda no utilizar los resultados de los controles como única forma de exponer la evolución de los usuarios, no olvidando reseñar en nuestros informes el resto de indicadores que disponemos.

5. CADENA DE CUSTODIA SPD DE CÁDIZ- LABORATORIO HUPR. METABOLITOS DE DROGA EN ORINA.

Fecha de la Ruta: _____

Centro	Hora de Entrega	Nº de Muestras	Firma del que entrega	Firma del receptor	Incidencias
Cádiz (1)					
Jerez (1)					
Sanlúcar (1)					
Rota (2)					
P. St. Ma (1)					
P. Real (1)					
S. Fdo. (2)					
Chiclana (2)					
Conil (2)					
Barbate (2)					
Algeciras (2)					
L. Línea (2)					
Alcalá (2)					
Cádiz (3)					
Jerez (3)					
Arcos (3)					
Ubrique (3)					
Algodonl. (3)					
Villamart. (3)					

Entrega de Muestras al Laboratorio de Farmacología Clínica de H.U. P.R. por parte de la persona que realiza el transporte	Hora de Entrega	Firma del que entrega	Firma del receptor	Incidencias
Ruta 1				
Ruta 2				
Ruta 3				

Protocolo de Elaboración y Emisión de Informes Técnicos sobre usuarios atendidos en los centros de tratamiento.

1. Generalidades sobre el proceso.

El informe clínico es la comunicación (escrita u oral) confidencial y científica realizada por uno o varios de los profesionales que componen cada uno de los CTA a un usuario, representante legal o autoridad legal competente, de los resultados de un proceso de evaluación/intervención.

La comunicación escrita u oral es parte imprescindible, no sólo del proceso de evaluación, sino del proceso de intervención en su totalidad, lo que unido al aumento de la demanda de estos informes desde distintas instituciones y de las responsabilidades de los profesionales, está obligando que en nuestro contexto establezcamos unas indicaciones protocolizadas que ayuden a organizar esta actividad como profesionales que desempeñamos una actividad profesional en una institución pública. Esta actividad, pues, nos obliga a que todos aquellos que desarrollamos actividades consideradas como propias de expertos, debamos argumentar suficiente y justificadamente las conclusiones y propuestas que formulan en cualquiera de sus múltiples y variadas actividades profesionales. La legitimidad de la autoridad de un experto está basada en el hecho de que sus planteamientos se sustenten en criterios imparciales, teorías fundamentadas, investigaciones contrastadas, instrumentos fiables y actuaciones efectivas.

Nuestra intención no es la de proponer un código o unas directrices exhaustivas acerca de cómo elaborar un informe, tampoco está entre nuestros objetivos ofrecer una guía técnica de elaboración de informes, para lo que referimos al lector a los trabajos ya mencionados. Solamente queremos señalar algunos aspectos que nos parecen clave para mejorar la calidad de nuestro trabajo, respetando los derechos y obligaciones técnicas, formales y legales que dignifican nuestras profesiones y a los que debemos someternos.

2. Definición funcional.

Proceso, por el cual, tras producirse una demanda por parte de un usuario, representante legal o autoridad legal competente, conduce a:

- La recepción y registro de la demanda o solicitud de informe.
- La recogida de datos y redacción del informe.
- Emisión, registro y envío.
- Ratificación y asistencia a juicio (Sólo en los casos que proceda tras petición del órgano judicial correspondiente)
- También se considerarán peticiones de Informes, aquellas solicitudes de información o petición expresa de pruebas o tratamientos que pudieran ser solicitadas desde los profesionales de los CTA a otras instituciones.

3. Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

El momento de entrada al proceso será:

- La solicitud o petición del propio paciente para que se le realice un informe respecto de su situación en el centro.
- La solicitud o petición de un representante legal u otra institución competente que requiera autorización o consentimiento por parte del interesado para la emisión. (Artículo 6. LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL)
- La solicitud o petición realizada por el Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o los Jueces o Tribunales o el Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas, no necesitará del Consentimiento del interesado.

- La solicitud por parte de los forenses del IML, mediante procedimiento estandarizado a través del SIPASDA

4. Límites finales o formas de salida del proceso.

La salida del proceso se finalizará cuando el informe es remitido/entregado en mano o por el procedimiento que el interesado haya dejado autorizado.

5. Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

No se emitirán informes ni se comunicarán datos sobre usuarios que hayan sido demandados por otras instituciones u organismos, si no se dispone del correspondiente Consentimiento firmado por el interesado, salvo aquellas excepciones recogidas en la LOPDCP.

6. Responsable del proceso.

La responsabilidad del registro administrativo, corresponde a la Auxiliar de Administración del CTA, mientras que la responsabilidad final global de todo el proceso técnico recae en el terapeuta de referencia del usuario.

La dirección de cada CTA, dará instrucciones precisas sobre en quién recae la obligación de informar en aquellos casos que no disponen de terapeuta de referencia.

7. Observaciones.

En el caso de la emisión de informes técnicos sobre nuestros usuarios, es importante tener en cuenta: la LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como los Códigos Deontológicos de los diversos Colegios Profesionales implicados.

Por otro lado, y considerando el que el número de peticiones de informes en los centros puede llegar a ser elevada y dado el carácter de urgencia en que muchas de estas demandas se presentan, la dirección de cada CTA establecerá en el centro, los ritmos de respuesta a las peticiones que permitan una adecuada organización de la actividad asistencial, lo cual implicaría el establecimiento de un número de días de anticipación, como sistema que permita responder adecuadamente a las peticiones que se presentan como urgentes.

8. Destinatarios del proceso.

Cualquier usuario que haya estado en tratamiento, que esté actualmente o cuando se solicita información de posible atención del usuario en uno de los CTAs., se considera susceptible de incorporarse al proceso.

Ámbitos de Informes que recoge el Gestor Documental del Sipasda:

Modelos de Informes Automatizados	
ÁMBITO	INFORMES
Sanciones Administrativas	- Informe Final
Sanciones Administrativas antes L.O 4/2015	- Solicitud de Suspensión
	- Compromiso
	- Seguimiento
	- Final
A petición de la persona interesada o a instancias de parte	- De persona Usuaria Activa
Juzgados u Organismos Judiciales	- Persona Activa en Tratamiento
	- Persona Activa informe periódico de

	seguimiento
	- Persona Usaria actualmente de baja
	- Persona sin referencia en CTA
Servicios Sociales Penitenciarios	- Informe acerca de la petición de tratamiento.
	- Informe de seguimiento.
	- Informe con propuesta terapéutica inicial.
	- Petición analítica.
	- Solicitud de prescripción de pruebas diagnósticas.
Servicio Andaluz de Salud	- Solicitud de interconsulta/derivación de personas a Salud Mental.
	- Solicitud de baja laboral por desintoxicación.
	- Informe para prescripción de antipsicóticos atípicos.
	- Solicitud de baja laboral.
Controles Toxicológicos de pacientes	- Período actual.
	- Día concreto.
Consentimientos Informados	Los Consentimientos Informados han sido tratados en el apartado del Modelo de Intervención Asistencial General y los correspondientes a cada programa en su apartado correspondiente.
Informe de vacunaciones	-Informe de vacunaciones
Informes médicos	- Informe clínico Nalmefeno
	- Informe visado Buprenorfina-naloxona
Informes Solicitados por el IML	A partir de un convenio de colaboración que se firma en enero de 2010 entre el Tribunal Superior de Justicia, la Consejería de Justicia y la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales se crea un perfil en el Sipasda para los médicos y médicas forenses de los Institutos de Medicina Legal (IML) de Andalucía para la petición de informes de evolución y tratamiento de las personas usuarias de los Centros de Tratamiento Ambulatorio a través del SIPASDA.

9. Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Recepción y Registro de la petición de informe.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Auxiliar de Admón.	A) <u>Petición por escrito.</u> -Da registro de entrada. -Comprueba si es necesario Consentimiento (en caso de O. no judiciales) -Da copia al terapeuta emisor.	A) <u>Petición por escrito.</u> -Comprueba el usuario en el Sipasda y en el caso de que no conste, comunica a la Dirección del CTA para su valoración. -Localiza terapeuta del usuario y

	B) <u>Petición personal.</u> -Requiere al usuario Solicitud Autorización para emisión informe. -Da registro y comunica de la fecha de recogida, según indicaciones de la Dirección del CTA.	facilita copia a la mayor brevedad posible. -Informa sobre la necesidad o no del consentimiento. En caso de ser necesario gestiona Autorización para la Transmisión de Información entre instituciones B) <u>Petición personal.</u> -Localiza terapeuta del usuario y facilita copia de la petición a la mayor brevedad posible. -Mantiene máxima confidencialidad
--	--	---

- Recopilación de Datos y Elaboración del Informe.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Recopila datos de la HC y del SIPASDA. -Decide tipo de informe a emitir atendiendo a los distintos tipos. -Redacta informe cumplimentando campos del mismo.	-Elabora informe atendiendo a los criterios de calidad establecidos en cuanto a la estructura y contenido del mismo, genera informe y guarda en Sipasda

- Emisión del Informe (Firma y Registro Clínico).

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Firma el escrito. -Guarda copia digital en la HC. -Entrega a la Administración del CTA para su entrega.	-Se responsabiliza con su firma del contenido de lo informado. -Adecua el tiempo de la elaboración con los plazos prefijados.

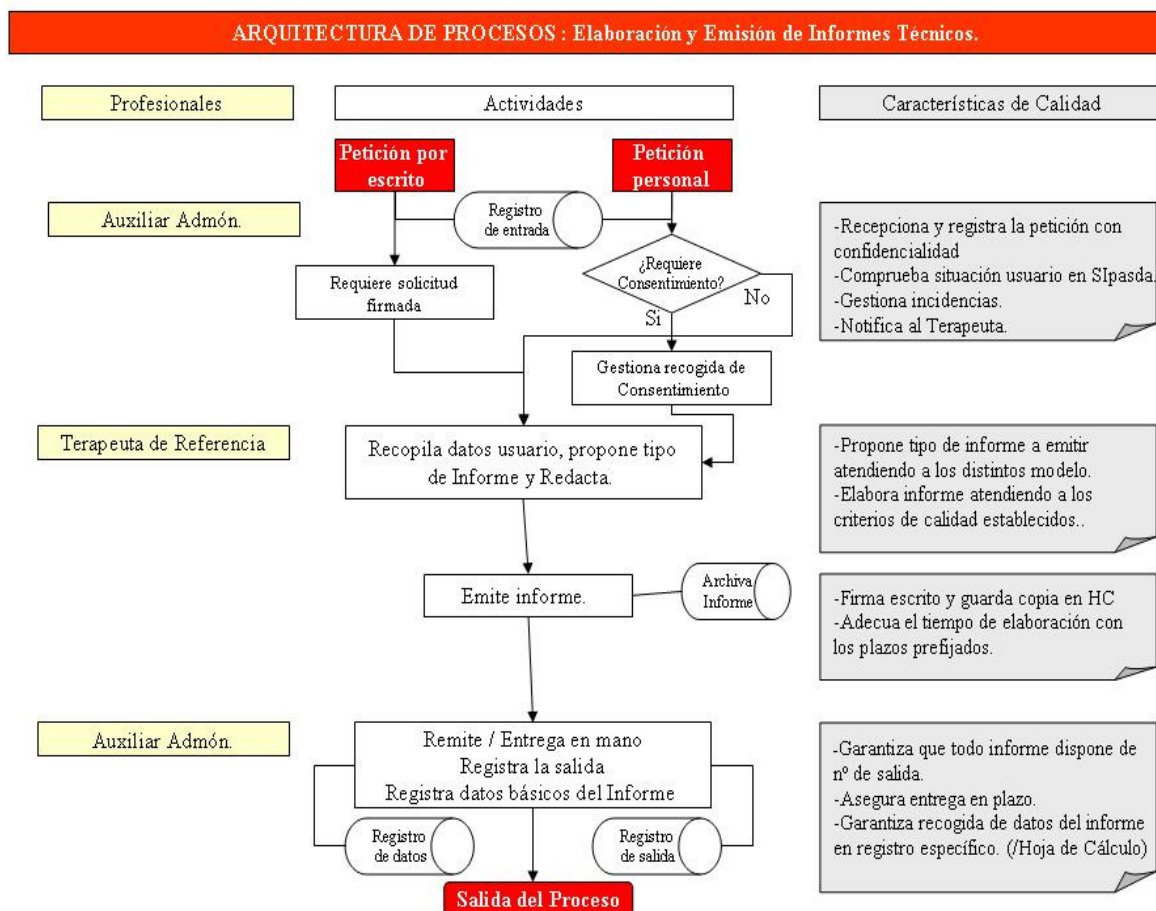
- Envío/ Recogida del Informe y registro de salida.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Auxiliar de Admón.	-Remite por Fax en caso de peticiones por escrito, ó entrega en mano al usuario solicitante. -Da registro de salida. -Registra en hoja de cálculo, datos básicos del informe	-Garantiza que todo informe dispone de un nº de registro de salida. -Asegura entregar/enviar en plazo el informe. -Garantiza que todo informe se ha registrado

10. Componentes del proceso.

No se especifican por no ser necesario.

11. Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12. Indicadores del proceso.

Actualmente nuestro Sistema de Recogida de datos e información (SIPASDA) dispone de un mecanismo que nos permite recabar la información obtenida en cuanto a los Informes emitidos. La información disponible, sería por lo tanto, aquélla que se pudiera desprender del registro en la Historia Clínica y del Gestor Documental de cada uno de los usuarios que participen en este protocolo, a lo que actualmente se accede a través de los indicadores de Hª Cª en el apartado de Uso del Gestor Documental.

La información disponible al día de hoy referente a los Informes solicitados por IML, es la siguiente:

- Solicitudes realizadas
- Solicitudes sin procesar
- Solicitudes procesadas
- Solicitudes no encontradas
- Solicitudes encontradas
- Solicitudes informes completos

13. Anexos.

ANEXO 1. Buenas Prácticas en la emisión de Informes.

1. Buenas Prácticas en la emisión de Informes

Recomendaciones generales iniciales.

1. POSEER LA CUALIFICACIÓN ADECUADA

La primera clave a considerar es previa a la elaboración de cualquier posible informe y nos sitúa ante los condicionantes científicos, éticos y legales establecidos para ejercer profesionalmente este tipo de tareas. A estos aspectos básicos deben añadirse algunos otros de contenido ético y profesional como son los que inciden en la necesidad de mantener una formación continuada y una actualización profesional. Se ha de ser conscientes de las limitaciones desde cada una de las profesiones de su nivel competencial, y contar con el resto de figuras del Equipo.

2. RESPETAR LA DIGNIDAD, LIBERTAD, AUTONOMÍA E INTIMIDAD DEL CLIENTE

En lo que a la elaboración de informes se refiere, esta serie de obligaciones deben tenerse presentes al decidir qué información puede solicitarse al cliente y qué tipo de información personal puede o debe ser revelada en el informe.

De la misma forma, el informe recogerá únicamente información pertinente del paciente o cliente y se tendrá especial cuidado a la hora de poner por escrito cuestiones de la vida privada de la persona evaluada.

3. RESPETAR Y CUMPLIR EL DERECHO Y EL DEBER DE INFORMAR AL CLIENTE

El usuario tiene derecho a la información asistencial y al acceso a la historia clínica. Igualmente, tiene derecho a recibir un informe de alta y los certificados acreditativos de su estado de salud. Un caso especial hace referencia al supuesto en el que es el propio usuario quién no quiere ser informado, es decir, el usuario puede ejercer también su derecho de no recibir información.

4. ORGANIZAR LOS CONTENIDOS DEL INFORME

Como documentos científicos que son, los Informes deben estructurarse de forma lógica y apropiada a sus fines. Aunque no existen disposiciones legales específicas a este respecto, numerosos autores han sugerido diferentes organizaciones de los contenidos de un informe, más o menos similares o complementarias, que han servido de base para la elaboración de los mismos desde hace años (Sundberg, 1976; Maloney y Ward, 1976; Pelechano, 1976; Nay, 1979; Ávila et al., 1992; Fernández Ballesteros, 1992; Martorell, 1985).

Como puntos básicos el Informe debe contener:

el nombre del autor, del paciente y datos del peticionario a quién se enviará, las fuentes de información, instrumentos, procedimientos utilizados, situación actual del paciente del cliente, un resumen con las conclusiones más importantes y una serie de recomendaciones apropiadas. Es también importante reflejar el peso dado a la información obtenida, los datos en que se basan las afirmaciones realizadas, las inconsistencias encontradas y la valoración con respecto a las demandas del cliente.

5. DESCRIBIR LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS Y FACILITAR LA COMPRENSIÓN DE LOS DATOS

Aunque existen algunas consideraciones generales a tener en cuenta para el correcto uso de los tests en el proceso de evaluación - que aquí recogemos como punto de partida, como son la obligatoriedad de utilizar siempre medios o procedimientos suficientemente contrastados, instrumentos cuya validez y fiabilidad haya sido debidamente establecida y medidas y tests actualizados.

Sería importante cuando se reflejen datos de test, añadir información suplementaria que minimice las posibles interpretaciones erróneas de los datos.

6. INCLUIR EL PROCESO DE EVALUACIÓN, LAS HIPÓTESIS FORMULADAS Y JUSTIFICAR LAS CONCLUSIONES

Las conclusiones, reflejadas en el informe, que deberán ser justificadas en relación con las demandas del cliente, responderán a las hipótesis planteadas de antemano y se basarán en las opiniones recogidas y en la información y técnicas suficientes para sostener sus descubrimientos. Debe hacerse explícito, además, el nivel de confianza

depositado en cada una de las conclusiones, justificando la relación existente entre las conclusiones y los datos, teniendo en cuenta la información contradictoria.

Utilizar un lenguaje comprensible para el receptor, ser claro y racional, huyendo de artificios, emplear palabras y oraciones breves, evitar el empleo de jerga, palabrería y redundancia, utilizar un estilo preciso y claro, ayudarse de esquemas que identifiquen y organicen las ideas principales, evitar malas interpretaciones, etiquetas y ambigüedades en cuanto a la identidad sexual y étnica y todo tipo de términos negativos o estigmatizantes para referirse al cliente.

8. MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL

La confidencialidad de la información manejada, y por tanto, la necesidad de mantener el secreto profesional como eje fundamental de la relación con el cliente, salvo en aquellos casos que la ley lo permite.

9. SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento debe producirse después de una información veraz al cliente respecto a los procedimientos y riesgos que se asumen y se denominará consentimiento informado del cliente. Esta norma afecta también a la redacción de informes: el cliente debe consentir la elaboración del informe y aceptar, igualmente, la información incluida en él. Para que este consentimiento pueda denominarse informado, el cliente debe recibir la suficiente información relativa a la necesidad y posibles usos del informe y de la información y documentación incluida en el mismo. Esta norma tiene excepciones cuando el cliente se encuentra incapacitado, es menor o ha nombrado unos representantes legales que ejercen sus funciones. Por último, en aquellos casos en los que se estime que existe un riesgo real para la salud pública o para la integridad física o psíquica del cliente, y no se pueda conseguir su autorización por causas suficientemente justificadas o porque el cliente no la facilite, se podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas (incluyendo la revelación de información) en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento. No obstante, siempre que las circunstancias lo permitan, se consultará a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho con él, y por supuesto en las limitaciones que recoge la ley.

10. PROTEGER LOS DOCUMENTOS

En la actualidad, el profesional es el responsable de la seguridad de los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, médicos, entrevistas y resultados de pruebas administradas por él. Los centros sanitarios y, por extensión, profesionales están obligados a conservar la documentación clínica, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta. Esta documentación se guardará en condiciones óptimas para su mantenimiento y seguridad, que serán responsabilidad del profesional.

Recomendaciones de cómo deben elaborarse los informes:

- Los informes habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal. Haciendo constar los datos del profesional que lo emite (Art. 48º C.D.).
- Informar sobre los aspectos o características que tengan relación con la valoración solicitada.
- Utilizar lenguaje claro, con el mínimo de tecnicismos posibles.
- Dar respuesta a las cuestiones planteadas.
- Debe evitarse recabar datos superfluos o que no sean necesarios en relación con lo que se requiere ni de interés esencial para el pleito.

- Habrá de ser sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente.
- Cuando es pertinente, se recomienda transcribir lo dicho por el sujeto, con sus mismas palabras, usando en entrecomillado.
- Evitar caer en el efecto Barnun, es decir, en las descripciones vagas, evasivas, y con estereotipos: relaciones insatisfactorias, ansiedad, etc...
- Deberá expresarse su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal.
- No se recomienda emitir un informe escrito para la persona evaluada, generalmente por las repercusiones que tiene sobre ella, pero dado que se nos solicitan con frecuencia deberemos tener en cuenta: ser breve y cauto en la información aportada, incluir la información con un mínimo de inferencia (generalmente sólo la aportada por el sujeto), dando un mayor peso a los elementos descriptivos que a los explicativos y ser cautos en el diagnósticos, aportando sólo un diagnóstico sindrómico.

Análisis y recomendaciones en cuanto a la estructura.

A quién va dirigido	Juzgado, causa, Institución, Referencia, etc...
Quien lo hace	Nombre y Cargo de quien lo elabora y quien lo supervisa
Objeto	Se hará constar el motivo del mismo, especificando lo que conste en la providencia del Juez o lo solicitado directamente por el cliente.
Metodología	Se hará constar los métodos empleados para la evaluación (entrevistas, pruebas administradas, consulta de datos en las bases de datos, con expresión de las fechas)
Antecedentes	Datos básicos del usuario, qué nos demanda, sintomatología, percepción del problemas, etc y datos relevantes psicobiográficos.
Diagnóstico	Implica una toma de decisiones por parte del profesional a partir de los resultados obtenidos. Existen diversos niveles de diagnósticos, aunque a veces sólo es posible hacer un Eje. Se recomienda utilizar sistemas de clasificación oficiales CIE 10. Siempre que se pueda, el diagnóstico debe ser razonado.
Intervenciones o Tratamientos	Explicar de forma clara el tipo de intervención o programa con los que estamos trabajando, a ser posible, explicando los objetivos a conseguir.
Resultados	Descripción cuantitativa y cualitativa de los resultados obtenidos, tanto de las pruebas diagnósticas utilizadas como de las intervenciones o programas a los que se le ha adscrito, señalando no sólo los aspectos negativos, psicopatológicos, etc, sino aquellos que pudieran reflejar aspectos positivos considerados como recursos del interesado.
Conclusiones	Se trata de señalar el curso o evolución del sujeto, áreas prioritarias para intervenir y recomendaciones.
Lugar, fecha y firma.	

El método, en los informes, como en toda actuación profesional, debe basarse en el método científico. Los componentes básicos del citado método en los informes son:

Observar y registrar rigurosamente el mayor número de hechos y circunstancias relevantes para su explicación y predicción.

Deducir, sin sesgos, relaciones concausales de esos hechos.

Verificar, con múltiples fuentes de información y repetición o concurrencias de datos, las relaciones deducidas y los datos expuestos.

Emitir un diagnóstico (relación concausal de hechos) y un pronóstico (evolución de esta relación).

Emitir unas recomendaciones de actuaciones para mejorar el pronóstico.

La figura del testigo-perito.

La Ley de Enjuiciamiento Civil en su art. 370.4 da entrada al concepto de la figura de testigo-perito, lo que no venía expresamente recogida en la LEC de 1881, y su distinción con la del perito.

El testigo-perito es un testigo, porque se pone en relación directa, histórica y natural con los hechos; contrariamente al perito, cuya relación de los hechos deriva de un encargo de la parte o del tribunal. En este sentido el testigo-perito, al igual que el testigo ordinario, declara sobre hechos que conoció por percepción común, mientras que el perito informa sobre los hechos, según un dictamen que le ha sido solicitado. Le caracteriza su carácter infungible o no sustituible, pues es la persona que ha percibido el hecho, mientras que el perito puede ser sustituido por otro.

La peculiaridad de este testigo es que, previamente al acaecimiento de los hechos poseía conocimientos científicos, técnicos, prácticos o artísticos que le permiten interpretar de algún modo la realidad de lo que conoció como testigo. En consecuencia, hay que concluir que ha de ser un testigo presencial y no referencial, ya que en este caso, sería un perito. Se trata pues de testigos que no solamente aportan una noticia sobre determinados hechos, sino también su saber específico que ayuda a la mejor comprensión de tales circunstancias fácticas.

Hay que advertir que la norma no permite directamente que se le hagan preguntas de naturaleza científica o técnica, sino únicamente prevé la agregación voluntaria que haga el testigo-perito sobre sus conocimientos. Sin embargo, hay que hacer una interpretación más flexible y operativa: caben preguntas sobre tales conocimientos si el testigo tiene reconocida capacidad (o titularidad) para responder y además quiere hacerlo. La valoración de estos conocimientos especializados se hará conforme a las reglas de la sana crítica.

La imparcialidad del testigo-perito queda garantizada de dos formas distintas: en primer lugar, mediante el juramento o promesa del artículo 365 de la LEC, como testigo que es, de modo que puede incurrir en un delito de falso testimonio y, en segundo lugar, mediante un doble sistema de tachas, pues cuando declara sobre los hechos percibidos como testigo, queda sujeto al régimen de tachas de éste (art. 377), mientras que en cuanto a las manifestaciones que haga sobre sus conocimientos específicos queda sujeto al sistema de tachas de los peritos, respecto a ellas (art. 343), pues así lo prevé expresamente el artículo 370.4 de la LEC. La doctrina ha considerado esta remisión al artículo 343 como innecesaria, pues básicamente se prevén las mismas razones que permiten tachar al testigo.

Protocolo de Derivación al Programa de Asesoramiento Jurídico en materia penal y penitenciaria a los recursos en drogodependencias.

1. Generalidades sobre el proceso.

Mediante las directrices contempladas en el II Plan sobre drogas y Adicciones se desarrolla el Programa de Asesoramiento Jurídico a través de un Convenio de colaboración entre la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia y la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida " Enlace".

A través de este programa se pone a disposición de los recursos de atención a las drogodependencias y adicciones acogidos al convenio, una red de abogados especializados en materia jurídica penal y penitenciaria; para ofrecer asistencia y asesoramiento a las personas con problemas penales o penitenciarios que puedan interferir en su proceso de incorporación social.

2. Definición funcional.

Con este programa se pretende facilitar que la persona con trastornos por dependencia continúe su proceso de incorporación social. El área de trabajo fundamental es la relativa al sistema penal y penitenciario, por ello los abogados dedican sus esfuerzos principalmente a evitar o reducir la estancia en prisión, acercando la situación de la persona y su evolución en el tratamiento a todos los agentes jurídicos que intervienen.

Para ello desarrollaremos un conjunto de acciones encaminadas a:

- Llevar a cabo la derivación del usuario drogodependiente con problemas jurídicos, que se encuentra en tratamiento en los dispositivos asistenciales y que puede estar interfiriendo su proceso de incorporación social.
- Valoración y ejecución, si procede, del correspondiente asesoramiento por parte de los profesionales del derecho.
- Seguimiento del usuario respecto del protocolo puesto en marcha.

3. Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

El proceso se inicia con la indicación por parte de un terapeuta, para que se le efectúe el correspondiente protocolo de derivación y pueda ser atendida su demanda de asesoramiento en materia jurídico-penal por uno de los letrados/as que mediante el convenio están a disposición de los centros de tratamientos ambulatorios de drogodependencias y adicciones.

4. Límites finales o formas de salida del proceso.

El proceso finaliza cuando se han realizado toda una serie de intervenciones que ponen fin al asesoramiento jurídico, bien solucionando la demanda jurídica o por el contrario informando sobre la misma o derivando el caso a la institución que corresponda. Todo ello se englobaría con el concepto de cierre del procedimiento por parte del abogado. Existe la salida por abandono de tratamiento, que cierra el protocolo jurídico sin finalizarlo, y sería una decisión terapéutica sin intervención del abogado.

5. Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Cualquier demanda de asesoramiento jurídico con los siguientes fines no podrán ser atendidos:

-Actuaciones que requieran que los letrados se personen en los procedimientos o asistencia a vistas orales.

-Personación jurídica en Comisarías de Policía.

-Personación jurídica en Sedes Judiciales.

6. Responsable del proceso.

En un principio antes de la realización del protocolo la responsabilidad recae en el profesional del CTA que dirige el caso, durante el asesoramiento jurídico, es responsabilidad de los letrados/as que actúan en la provincia de Cádiz en el ámbito del programa.

7. Destinatarios del proceso.

Usuarios que se encuentran en tratamiento en los dispositivos asistenciales del S.P.D. de Cádiz (o bien en otros dispositivos de Andalucía y en coordinación con el terapeuta de origen), y teniendo como criterio general la indicación del equipo técnico y se valore pertinente la realización del protocolo de derivación a dicho programa.

8. Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Programación o indicación del protocolo de derivación.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta del CTA	-Deriva usuario susceptible de beneficiarse del programa de asesoramiento jurídico	-Valora conveniencia de beneficiarse del programa. -Cumplimenta protocolo de Asesoramiento Jurídico a través del PASDA. -Propone cita con abogado/a.

- Gestión de la cita.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Aux. de Admón.	-Anota cita atendiendo a la agenda del abogado/a.	-Registra cita. -Informa al interesado/a. -Propone cita con abogado/a.

- Actuación del profesional del Derecho

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Letrado/a.	-Recepciona Protocolo. -Indica actuaciones y Estrategias	-Analiza la demanda y valora la situación que se le describe, aceptando

	a seguir. -Realiza seguimiento jurídico.	o rechazando el mismo. -Informa sobre el procedimiento a seguir siempre que exista la posibilidad de intervención. -Recoge datos e información sobre el procedimiento en Sipasda acorde con los criterios establecidos. -Propone nuevas citas para llevar a cabo el seguimiento.
--	---	---

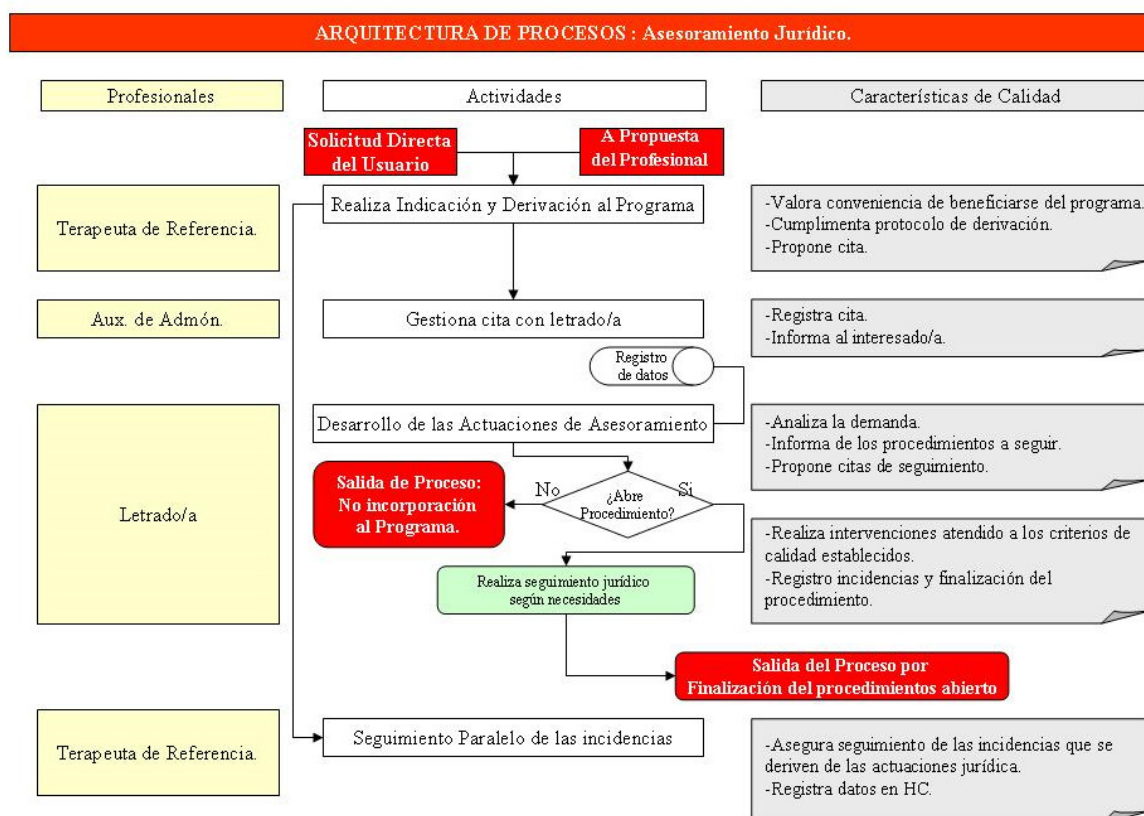
- Seguimiento de las Incidencias.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia.	-Realiza seguimiento del protocolo.	-Asegura el conocimiento de las incidencias derivadas de la incorporación al Protocolo de Asesoramiento Jurídico. -Registra datos en la HC.

9. Componentes del proceso.

Además de los profesionales del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, se cuenta con dos profesionales del derecho para llevar a cabo el correspondiente programa de Asesoramiento Jurídico.

10. Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



11. Indicadores del proceso.

Los indicadores propuestos actualmente por el SIPASDA son los siguientes:

- Número de procedimientos iniciados por tipos
- Número de procedimientos que permanecen abiertos
- Número de procedimientos que permanecen cerrados
- Número de personas con procedimientos iniciados por género
- Número de delitos cometidos o imputados por tipos
- Número de condenas por tramo de tiempo
- Número de actuaciones según tipo
- Número de situaciones judiciales al inicio
- Número de situaciones judiciales al cerrar
- Número de protocolos totales por tramo de edad
- Número de procedimientos iniciados por droga principal
- Número de procedimiento iniciados por droga principal según delito

12. Anexos.

Toda la información, protocolos y demás información adicional sobre este programa, está ubicado en el Sipasda en los apartados del menú principal: Documentos y Protocolos.

Programa de Asesoramiento Jurídico. Protocolo de derivación
Instrucciones para el Manejo de la Agenda del Jurídico

Protocolo de Desintoxicación de sustancias psicoactivas a nivel domiciliario.

1 Generalidades sobre el proceso.

En algunas ocasiones, y como paso previo de un plan terapéutico individual, debemos proceder a la eliminación de la sustancia del organismo, restaurando la capacidad de éste para mantener su equilibrio funcional sin presencia de tóxicos, paliando las molestias propias derivadas del síndrome de abstinencia que pudiera aparecer. La desintoxicación implica ayudar al paciente a superar el posible síndrome de abstinencia que le provoque el abandono del consumo, y es por lo tanto en muchas ocasiones el primer paso en el proceso terapéutico.

El síndrome de abstinencia provocado por el cese o la disminución de cada una de las sustancias son cuadros que pueden presentar distintos síntomas y de una duración media dependiente de las distintas sustancias y de distintos factores de la propia sustancia y la persona.

Toda vez que este proceso de desintoxicación es supervisado de cerca por personal sanitario de los CTA, la desintoxicación en el ámbito ambulatorio debe ser considerada inicialmente la primera opción para aquellos pacientes que presenten un cuadro de abstinencia de leve a moderado de la mayoría de las sustancias. Como característica básica de la desintoxicación domiciliaria es que el tratamiento es seguido por los pacientes en su propio domicilio bajo la supervisión del médico del equipo y el apoyo de la familia.

2 Definición funcional.

Los tratamientos de desintoxicación domiciliaria son el conjunto de acciones encaminadas a conseguir la abstinencia, tras proceder a la interrupción brusca o gradual del consumo, utilizando para ello un conjunto de medidas farmacológicas e higiénico-dietéticas que alivian la sintomatología, lo cual implica las siguientes acciones:

- Evaluación de la motivación para la abstinencia.
- Exploración y análisis del cuadro de abstinencia que presenta el usuario o pudiera presentar.
- Prescripción farmacológica pautada, proporcionando un tratamiento seguro que permita superar las dificultades derivadas del abandono.
- Indicación de medidas higiénico-dietéticas dirigidas al entorno de cuidados.
- Firma de Consentimientos Informados.
- Detección de problemas médicos asociados.
- Seguimiento del cuadro de abstinencia.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Usuarios con un diagnóstico de dependencia a sustancias, y que tras valoración médica se constata la necesidad de iniciar dicho proceso.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

El proceso finaliza una vez que el paciente recibe el alta terapéutica tras constatarse el cumplimiento de objetivos propuestos, por parte del médico del CTA, o bien puede finalizar porque se produce el abandono del proceso de desintoxicación acordado.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Sin embargo, hay una serie de situaciones en las que el paciente debe ser valorado pormenorizadamente antes de iniciar un proceso de desintoxicación domiciliaria, facilitándole otras alternativas hospitalarias como procedimiento de desintoxicación más adecuado.

- El paciente está confuso o tiene alucinaciones.
- Tiene historia previa de Síndrome de Abstinencia complicados.
- Tiene historia de crisis convulsivas.
- Está desnutrido.
- Tiene vómitos o diarrea severa.
- Hay riesgo suicida.
- Embarazo confirmado.
- El grado de dependencia es alto y el paciente no puede acudir con frecuencia a revisiones ambulatorias.
- Presenta síntomas de abstinencia, temblor agudo o taquicardias, incontrolables con medicación oral.
- Tiene un episodio agudo de una enfermedad psiquiátrica comórbida.
- Presenta una enfermedad física severa incompatible con esta modalidad de desintoxicación.
- En su ambiente socio – familiar no tiene los suficientes apoyos.
- Intentos de desintoxicación ambulatoria previa con diversos fracasos.
- Abusos de sustancias múltiples que pudieran interferir el proceso.

6 Responsable del proceso.

El responsable del proceso de desintoxicación en cada uno de los CTA es el médico del centro correspondiente. Esta técnica se realiza generalmente en el domicilio del paciente, bajo la dirección del médico y el apoyo de la familia.

7 Observaciones.

Fármacos más utilizados en la Desintoxicación de las Drogas más frecuentes.

Alcohol	Opiáceos
-Benzodiacepinas en tratamientos no superiores a 10-15 días.: Diazepan 30-80 mg/día, Clordiazepóxido 200-400 mg/día, Ketazolam 60-90 mg/día, Clorazepato Dipotásico 15-200 mg/día, Lorazepan 3-15 mg/día. -Clometiazol (1344-2680 mg/día) -Anticonvulsivantes: Gabapentina, Carbamazepina y oxcarbamazepina, Ácido Valproico. -Suplementos vitamínicos. -Antipsicóticos: Tiapride (800 mg día dosis máx. -Betabloqueantes: Propanolol y Atenolol.	-Agonistas opiáceos: partiendo de dosis iniciales suficientes para evitar aparición de S.A., seguida de disminución gradual (metadona, buprenorfina y morfina). -Alfa-2-adrenérgicos: Clonidina y Lofeximida. -Fármacos para el alivio sintomático.
	Cannabis
	-En presencia de S.A. graves, debe realizarse tratamiento sintomático con benzodiacepinas si predomina ansiedad durante 2-4 semanas. Ejemplo: Cloracepato dipotásico 15-45 mg/día obviando uso prolongado.
Cocaína	Benzodiacepinas
-Agonistas dopaminérgicos: Bromocriptina, Pergolida, Lisurida, Mazindol y Amantadita (200.400 mg/día en periodos no superiores a una semana). -Benzodiacepinas de semivida larga: Dizepan 15-30 mg/día, Cloracepato 50-100 mg/día, Clonacepan 2-4 mg/día. -Antipsicóticos atípicos. -Antidepresivos. -Antiepilépticos.	-Reducción Gradual de la dosis de BZD: 25% de la dosis semanal, reducción de 1/8 de la dosis diaria cada 2 semanas, reducción según aparecen síntomas. -Reducción gradual + farmacoterapia sustitutiva con paroxetina, trazadona, valproato sódico, gabapentina, topiramato y pregabalina.

Síntomas de Abstinencia de las Drogas más frecuentes.

Síntomas de Abstinencia del Alcohol

Clínica	Fase 1 (8-24 horas)	Fase 2 (24-72 horas)	Fase 3 (5%) (+ 72 horas)
Frecuencia cardíaca	100-110	110-120	+ DE 120
Aumenta de ta	10-20 mm Hg.	10-20 mm Hg.	30-40 mm Hg.
Taquipnea	20 - 22	22 - 28	+ de 28
Diaforesis	+	++	+++
Temblor	+	++	+++
Hiperreflexia	+	++	+++
Labilidad emocional	+	++	+++
Ansiedad	+	++	+++
Convulsiones	No	+	No
Alucinaciones	No	+	+++

Síndrome de abstinencia a la Heroína.

GRADO I	GRADO II	GRADO II	GRADO IV
Aparece a las 8 horas	Aparece a las 12 horas	Aparece entre las 18-24 horas	Aparece entre las 24-36 horas
- Bostezos - Lagrimeo - Sudoración - Rinorrea - Ansiedad	Los síntomas de grado I incrementados en intensidad, más: - Midriasis - Piloerección - Espasmos musculares - Flashes frío/calor - Mialgias - Artralgias - Anorexia	Los síntomas de grado II incrementados en intensidad, más: - Hipertensión - Taquicardia - Hipertermia - Inquietud - Nauseas - Insomnio	Los síntomas de grado III incrementados en intensidad, más: - Facies febril - Vómitos - Diarreas - Eyaculación espontánea - Orgasmo

Síndrome de Abstinencia de cocaína (Modelo Gawin y Kleber, 1986)

FASE I Abstinencia aguda "Crash"	- Se inicia entre 6-12 horas del último consumo y se prolonga hasta 5 días. - Sintomatología inicial: irritabilidad, agitación, disforia, depresión, anorexia, mialgias, deseo de dormir, "craving" de cocaína decreciente. - Sintomatología tardía: astenia, apatía, anhedonia, agotamiento físico, hipersomnia, hiperfagia, "craving" de cocaína decreciente.
FASE II Abstinencia retardada	- Aparece en torno al 7º día y tiene una duración de 10 semanas. - Sintomatología: Alternan periodos de normalidad con otros de disforia leve, irritabilidad, ansiedad, anhedonia, "craving" creciente de cocaína que puede hacerse intenso y provocar la recaída.
FASE III Extinción	- Duración indefinida. - Sintomatología: eutimia, respuesta hedónica normalizada, deseo esporádico de cocaína. (Existen situaciones condicionantes con peligro de recaída)

Criterios de Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según CIE 10

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- (a) Se debe dar tras la interrupción o disminución de un consumo abundante y prolongado de BZD, como mínimo dos de los signos siguientes:
- Hiperactividad autonómica (diaforesis, taquicardia...).
 - Temblor de manos.
 - Insomnio.
 - Náuseas o vómitos.
 - Alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles, o ilusiones.
 - Agitación psicomotora.
 - Ansiedad.
 - Crisis comiciales de gran mal.
- (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Criterios propuestos para el S.A. a cannabis, Budney et al, 2004.

Síntomas comunes
Rabia o agresividad
Pérdida de apetito o peso
Irritabilidad
Nerviosismo/ansiedad
Inquietud
Insomnio, incluyendo pesadillas
Síntomas menos frecuentes o equivocados
Escalofríos
Humor deprimido
Dolor abdominal
Temblor
Sudoración

8 Destinatarios del proceso.

Cualquier usuario con un consumo de drogas en activo y que solicita iniciar un proceso de tratamiento orientado a la abstinencia, disponiendo para ello de una red de apoyo social.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Evaluación inicial previa a la instauración del protocolo de desintoxicación.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Cualquier Terapeuta	-Recepciona demanda de desintoxicación. -Evalúa inicialmente las condiciones ambientales para el posible tratamiento. -Analiza grado de motivación para la abstinencia	-Propone interconsulta con el médico del CTA en el menor plazo de tiempo posible. -Estimula motivación para la abstinencia

- Evaluación clínica e instauración del proceso de desintoxicación.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico	-Evalúa clínicamente posible SA. -Explora problemas médicos asociados. -Indica desintoxicación e instaura pauta farmacológica. -Propone medidas complementarias de control.	-Utiliza técnicas diagnósticas para conocer alcance del SA. -Explora incompatibilidades e interacciones farmacológicas. -Establece pautas farmacológicas seguras y de conocida eficacia clínica. -Asegura que el paciente ha entendido las características de la medicación, acción, mal uso, etc, antes de la firma. -Asegura firma del consentimiento informado, donde conste indicaciones y condiciones para la desintoxicación, tanto para él como para las personas de apoyo. -Registra datos en la HC. -Asegura que los pacientes llevan de forma clara y por escrito la pauta de desintoxicación propuesta. -Establece canales de comunicación con Atención Primaria del proceso que se pretende iniciar, al objeto de que su médico conozca la situación, expida las recetas, y valore la posibilidad de cursar Baja Laboral Transitoria en el caso de que se encuentre trabajando.

- Seguimiento del cuadro de abstinencia.

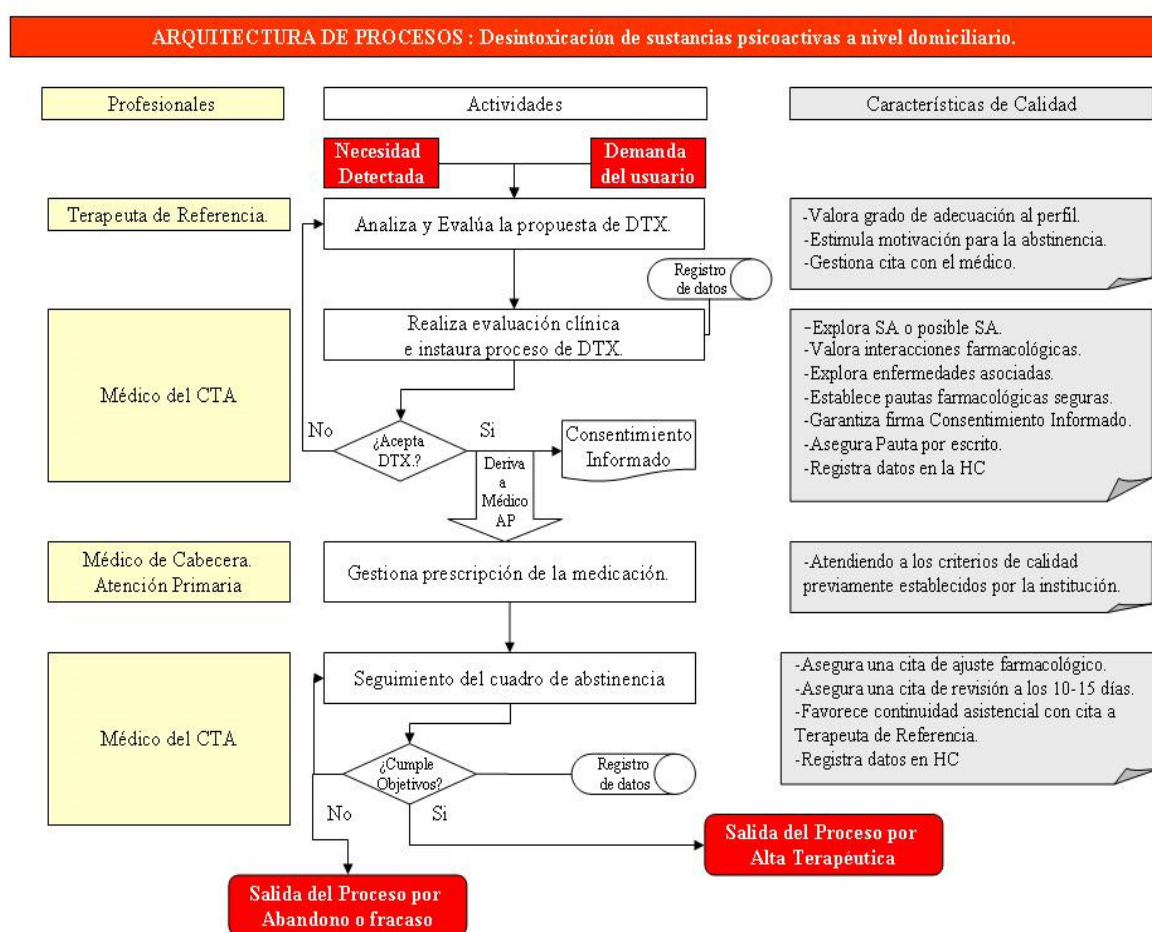
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico y/o DUE en los CTA donde se disponga de esta figura profesional	-Efectúa seguimiento clínico y evolución del SA. -Establece mecanismos para la continuidad del tratamiento.	-Asegura al menos una cita de ajuste y control del SA a los 5-7 días desde la instauración del tratamiento. -Asegura una cita final entre los 10-15 días desde la instauración del

		tratamiento. -Registra datos en HC, anotando en el programa correspondiente el principio y el fin de la Dtx.
--	--	---

10 Componentes del proceso.

No se requiere ningún componente específico en este proceso, salvo aquellos que proceden de las actuaciones del médico de Atención Primaria de los Centros de Salud donde los usuarios solicitan se le prescriba la medicación indicada en nuestros centros.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del Proceso.

Actualmente nuestro Sistema de Recogida de datos e información (SIPASDA) no dispone de ningún mecanismo que nos permita recabar la información obtenida en el proceso del paciente a lo largo de su desintoxicación.

Sólo disponemos de 2 indicadores:

- Número y porcentaje de pacientes adscritos al programa en un día determinado.

- Número y porcentaje de pacientes adscritos al programa en un periodo determinado.

Estos indicadores son claramente insuficientes, ya que no podemos conocer la trayectoria seguida ni la forma de salir del programa de los usuarios, lo que nos limita enormemente el conocimiento y la evaluación tanto individual como la global del protocolo.

La única información disponible, sería por lo tanto, aquella que se pudiera desprender del registro en la Historia Clínica de cada uno de los usuarios que participen en este protocolo. Al día de hoy disponemos de un Listado de pacientes en desintoxicación según fecha y centro

13 Anexos.

Todos los documentos necesarios aplicables a este protocolo se encuentran en el Gestor Documental del Sipasda en los apartados Consentimientos Informados CTAs (Consentimientos para el programa de desintoxicación No hospitalaria) y varios de los Informes que aparecen en el apartado Informes para el SAS, así como el Listado de Desintoxicaciones en el menú principal en la opción listados.

También podemos encontrar un indicador en el apartado de Hª CLÍNICA, que nos informa sobre el número de personas que han finalizado la desintoxicación según droga y centro en un período de tiempo en concreto.

Protocolo de Tratamientos Farmacológicos aplicables en la Deshabituación de Opiáceos y del Alcohol.

1 Generalidades sobre el proceso de intervención.

Los tratamientos farmacológicos en adicciones tienen la particularidad de ser específicos para el uso en la deshabituación del consumo de drogas. Existen otros tratamientos farmacológicos utilizados en el proceso de deshabituación que no son exclusivos de este proceso, y que están siendo utilizados, pero no son objeto de esta descripción.

En este protocolo se recogen los procedimientos relacionados con la puesta en marcha e indicaciones generales de tres tipos de tratamientos farmacológicos utilizados en este tipo de adicciones, los cuales deben ir acompañados siempre de otro tipo de medidas terapéuticas al objeto de conseguir la máxima eficacia en el tratamiento:

- Tratamiento con Antagonistas opiáceos en la deshabituación de opiáceos.
- Tratamiento Anticraving en la deshabituación del alcohol.
- Tratamiento con Disuasores en la deshabituación del alcohol.(ver cocaína)

En la puesta en marcha de estos protocolos consideramos necesario hacer las siguientes puntualizaciones:

- 1.- Independientemente de que el usuario debe asumir un papel activo y responsable en su tratamiento, cuando utilizamos fármacos como los que se proponen, es aconsejable que un familiar o acompañante asuma la corresponsabilidad del tratamiento propuesto.
- 2.- Es muy importante informar al Médico de Atención Primaria al inicio del tratamiento, de la prescripción farmacológica propuesta, su duración y la necesidad de estudios analíticos, creando de esta manera una vía de comunicación entre el medico de Atención Primaria y el CTA.
- 3.- Es esencial que cada paciente y sus familiares o acompañantes conozcan todo lo referente a la medicación que va a tomar, por ello se debe explicar con detenimiento tanto verbal como escrita, las características de las sustancias, haciendo especial énfasis en clarificar que sólo es parte de un tratamiento integrado. Los conceptos que se deben clarificar una vez vistos los análisis previos y comprobada la no contraindicación de los mismos (Acción del medicamento y efectos indeseables, tiempo de duración y revisión, Dosificación, Peligro del mal uso y de la automedicación, escrito al Medico de Atención Primaria.)

2 Definición funcional.

Los tratamientos farmacológicos de deshabituación a estas adicciones, son el conjunto de acciones encaminadas a conseguir mantener una abstinencia prolongada, utilizando para ello un conjunto de medidas farmacológicas como coadyuvante de las intervenciones psicoterapéuticas para prevenir las recaídas, lo cual implica las siguientes acciones:

- Evaluación y exploración médica inicial del perfil y características del usuario para indicarle el tratamiento.
- Prescripción farmacológica pautada.
- Indicación de las medidas y normas dirigidas al entorno de cuidados.
- Firma de Consentimientos Informados.
- Seguimiento clínico del tratamiento y abordaje de los problemas médicos que pudieran derivarse de la medicación.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Usuarios con un diagnóstico de (abuso) o dependencia a sustancias en fase no activa de consumo (se aplica uno u otro tratamiento dependiendo de la sustancia), y que tras evaluación médica se constata que dicho tratamiento puede facilitar a mantener la abstinencia y que en general, puede ser beneficioso para el proceso de deshabituación del paciente.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

El proceso finaliza una vez que el paciente recibe el alta terapéutica tras constatarse el cumplimiento de objetivos propuestos, por parte del médico del CTA, o bien puede finalizar porque se produce el abandono del tratamiento acordado.

Igualmente, el tratamiento puede finalizar tras detectarse algún inconveniente derivado de la medicación que obligue a la interrupción del mismo. (Se sugiere la interrupción del tratamiento con Naltrexona en los siguientes casos: aumento de los niveles de transaminasas en sangre en 3-4 veces los valores normales estándar y aparición de efectos secundarios importantes).

Consideraremos como límites finales cualquiera de las circunstancias recogidas en el documento informativo de cada fármaco en el apartado de interacciones o efectos secundarios, que nos obligara a interrumpir el tratamiento.

En especial y en relación a los disuasores del alcohol, se sugiere la interrupción del tratamiento en los siguientes casos: Intolerancia hepática, reacción alérgica, presencia de efectos secundarios graves (Neuritis óptica, polineuritis, somnolencia excesiva, vértigos excesivos,...) y frecuentes reacciones disulfiram-etanol (RDE).

En caso de tener necesidad de realizar un cambio de un interdictor a otro (por adicción de tratamientos farmacológicos con los que pudieran existir incompatibilidades), el tiempo de espera para pasar de uno a otro no es el mismo. Siendo de un día para el paso de la Cianamida Cálcica a Disulfiram, y de 10 días si es al contrario.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Antagonistas Opiáceos:

Este tratamiento está contraindicado en las siguientes circunstancias:

- Con consumo actual de opiáceos ya que puede sobrevenir un síndrome de abstinencia.
- Reciben medicamentos opiáceos.
- Con control positivo a opiáceos o que no hayan superado el test de naloxona.
- Tengan hipersensibilidad a la Naltrexona.
- Embarazos.
- Menores de 18 años.
- Antecedentes personales de trastornos psiquiátricos graves.
- Alteraciones graves del funcionalismo hepático. (Niveles de transaminasas en sangre superiores a 200, pero siempre a valorar por el médico. (Últimos estudios recomiendan como indicador para valorar el funcionalismo hepático la determinación de la bilirrubina total, desaconsejando su uso cuando estos valores se presentan 2 veces superiores a lo normal).

Disuasores del alcohol:

Absolutos	Relativos
• Embarazo • Cardiopatía isquémica aguda • Insuficiencia renal • Insuficiencia hepática severa • Desconocimiento por parte del paciente	• Antecedentes de Psicosis o Epilepsia. • Mayor de 60 años. • Toma de otros medicamentos (Difenilhidantoína, Walfarina, Sulfonilureas, Haloperidol, IMAO). • En tratamiento con (Metronidazol, Barbitúricos, Isoniacida, Rifampicina, Antihistamínicos, Antidepresivos Tricíclicos, Alfa y Beta bloqueantes, Clordiacepóxido y Diazepan).

6 Responsable del proceso.

El responsable del proceso en cada uno de los CTA es el médico del centro correspondiente.

7 Observaciones.

- Datos Generales sobre los Antagonistas Opiáceos (Naltrexona):

Las sustancias capaces de ocupar los receptores cerebrales específicos sin activarlos e impidiendo el efecto de los distintos opiáceos se denominan antagonistas opiáceos. Por esta característica de actuar de forma competitiva con los opiáceos, pero sin llegar a producir los efectos propios de los mismos, los antagonistas opiáceos pueden revertir los efectos de un opiáceo (sobredosis) y contribuir a la abstinencia y prevención de recaídas (en presencia de antagonistas los opiáceos no producen sus efectos reforzadores característicos)

La utilidad de los antagonistas opiáceos en el tratamiento de la dependencia a estas sustancias se basa en las teorías conductuales sobre el origen y el mantenimiento de la adicción: los fármacos con propiedades antagonistas bloquearían la euforia que sigue a la administración de opiáceos (refuerzo positivo) e impedirían la reanudación de la dependencia física y por tanto la aparición del síndrome de abstinencia (refuerzo negativo). El bloqueo de los refuerzos positivos y negativos conduciría a la extinción de la conducta repetitiva de autoadministración de las drogas.

Sus efectos derivan de un mecanismo competitivo con los receptores opiáceos del S.N.C., para los que presenta una alta afinidad. Al administrarse a dosis habituales, en sujetos no consumidores de opiáceos, no se observan apenas efectos farmacológicos. En adictos, la naltrexona produce un bloqueo completo, reversible, de los efectos farmacológicos de los opiáceos, anulando la mayoría de sus efectos objetivos y subjetivos, que incluyen la depresión respiratoria, la miosis y la euforia. Los efectos adversos a nivel digestivo (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, etc.) son los más habituales. Otros posibles efectos adversos descritos con menor frecuencia son: cefaleas, pérdida de apetito, vértigos, nerviosismo, fatiga, ansiedad, somnolencia, dificultad en conciliar el sueño, astenia, dolor articular y muscular, sed, inquietud, sensación de abatimiento, irritabilidad, erupciones cutáneas, eyaculación retardada, escalofríos, congestión nasal, dolor torácico, sudoración y lagrimeo. Ocasionalmente se han descrito anomalías en la función hepática, siendo las reacciones adversas graves excepcionales. Debe advertirse a los pacientes que un intento de anular el bloqueo que produce la naltrexona administrando dosis altas de opiáceos puede ocasionar una intoxicación aguda posiblemente fatal.

La dosis total recomendada en terapia de deshabituación es de 350 mg/semana, según varios esquemas posológicos: 1ª opción: 1 dosis de 50 mg de naltrexona cada día; o 2ª opción: 100mg (2 dosis juntas de 50 mg) lunes y miércoles y 150 mg (3 dosis) el viernes. Se recomienda no sobrepasar la dosis de 150 mg en un solo día, puesto que se ha observado mayor incidencia de efectos secundarios.

- Datos Generales sobre los Fármacos Anticraving para el alcohol:

La disminución del deseo de consumo de bebidas alcohólicas, es una necesidad que debe ser abordada en el proceso de deshabituación de estos pacientes. Dicho proceso conlleva actuaciones integrales (médicas, psicológicas y sociales) y puede facilitarse con determinados apoyos farmacológicos para facilitar todo el proceso antes citado.

Llamamos fármacos anticraving a aquellos medicamentos que actúan disminuyendo a anulando el deseo compulsivo de tomar alcohol. Podemos clasificarlos según el sistema neurotransmisor sobre el que ejercen su acción farmacológica.

Glutamatergicos: Acamprosato.

El alcohol actúa como depresor del SNC actuando sobre el sistema GABAérgico (GABA). Cuando la administración de alcohol es crónica, el SNC compensa el aumento de acción del GABA (depresor), incrementando la actividad glutamatergica (excitante). Al suprimir el consumo de alcohol, desaparecen los efectos sobre el sistema depresor, pero el sistema excitatorio sigue incrementado durante un tiempo. Esto se considera el causante de algunos síntomas como la ansiedad, el insomnio y el craving (o deseo irrefrenable de volver a consumir la sustancia).

El acamprosato normaliza la excitación del sistema glutamatérgico que se produce en la abstinencia de alcohol. Este efecto podría reducir el deseo intenso de beber y la ansiedad.

Antagonistas Opiáceos: Naltrexona y Nalmefeno

Los antagonistas opioides bloquean la liberación de dopamina en el núcleo accumbens inducida por el alcohol. Algunas teorías sostienen que las propiedades reforzantes del alcohol son debidas a la activación de este sistema por lo que su bloqueo podría ser útil para controlar el deseo.

Existen varios estudios clínicos controlados que han demostrado que el tratamiento con naltrexona en alcohólicos influye positivamente comparado con los que toman placebo, pero existe alto problema de falta de cumplimiento por efectos secundarios, falta de motivación o no efecto percibido por el paciente. Además existen al menos un estudio que muestra controversia sobre la verdadera efectividad del tratamiento. Con respecto al nalmefeno que es un antagonista opiáceo específico del receptor delta.

Serotoninérgicos:

La disminución de la serotonina en el SNC está asociada a fenómenos clínicos como depresión, ansiedad e impulsividad. Se ha postulado que el consumo de alcohol induciría un incremento de liberación de serotonina.

De todos los fármacos de la esfera serotoninérgica, solo han demostrado su eficacia los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina en casos de consumidores de alcohol que presenten trastornos depresivos y de ansiedad. Pero además se conoce que en los trastornos de la conducta alimentaria, de la impulsividad y del consumo de drogas, el mecanismo de bloqueo de la recaptación de serotonina induce una acción inhibitoria a nivel de los sistemas de refuerzo.

Anticonvulsivantes:

Se ha descrito que el mecanismo de acción de los nuevos anticonvulsivantes se debe a la acción inhibitoria sobre la dopamina en el sistema meso-cortico-limbico, probablemente mediada por la activación del GABA y la inhibición del glutamato. Existen varios estudios que

corroboran que estos fármacos podrían aumentar el grado de bienestar global de los pacientes y que estos habrían reducido las complicaciones asociadas al consumo.

Cuando se usen fármacos fuera de indicación terapéutica, pero apoyados en suficientes estudios científicos que corroboren su utilización en deshabituación de drogas, se pedirá que firmen el documento de Uso Compasivo del Fármaco en el que describe la utilidad de dicho fármaco en el caso clínico que estemos tratando.

▪ Datos Generales sobre los Disuasores del alcohol:

Los disuasores del consumo de alcohol son un grupo de sustancias de diferentes familias químicas cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición de la Acetaldehído deshidrogenasa (enzima encargada de la oxidación del Acetaldehído), provocando un aumento de Acetaldehído en sangre, lo que produce una reacción característica (RDE: Reacción disulfiram-etanol) tras el consumo de bebidas alcohólicas.

La RDE se caracteriza por los síntomas que, casi de inmediato, aparecen si el paciente bajo tratamiento de disuasores ingiere bebidas alcohólicas. Estos síntomas son: taquicardia, rubefacción, sudoración, náuseas, ansiedad, cefalea, hipotensión arterial, dolor abdominal, etc.

Dos son los fármacos a utilizar: DISULFIRAM y CIANAMIDA CÁLCICA. Ninguno de los dos actúa sobre el deseo de beber, sino que ejercen un efecto disuasorio al estar el paciente advertido de los efectos que produce su interacción con el alcohol.

Cuando al paciente se le receta el fármaco la decisión de beber o no sólo se toma una vez al día (en el momento en que se decide tomar o no tomar el fármaco). Si lo toma sabe que experimentará la reacción negativa y eso le ayuda a resistir en posibles situaciones en que desee beber alcohol. Se trata de un proceso en el que se va produciendo un aprendizaje secundario.

La duración recomendada del tratamiento es entre 3 meses y un año, debiéndose realizar controles analíticos frecuentes.

PAUTAS	
Uso de disulfiram	Uso de cianamida
- Disuasor de elección. - Dosis de 250 mg/día (1 Cpr./24 horas) - Preferible por la noche para evitar el mareo y somnolencia al inicio del tratamiento. - Al principio prohibir el trabajo en altura y con maquinaria peligrosa. - Efecto terapéutico desde las 12 horas hasta 3 días posteriores a su interrupción.	- El efecto se inicia a la hora, pero menos prolongado. Al menos 2 tomas/día. - Se administra en gotas (1 gota=3 mg.). La dosis media diaria es de 36 a 75 mg/día. (Ej. práctico: 20 gotas cada 12 horas). - Menos proclive a efectos secundarios. - RDE menos intensa.

A la hora de seleccionar los pacientes candidatos a ser tratados con Disulfiram inyectable, deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

Sobre la Prescripción:

- El Disulfiram inyectable es una fórmula galénica que debe ser prescrita en un formato de receta "Disulfiram 100 mg/ml vial 5ml (vía intramuscular)" dirigida directamente a la Oficina de Farmacia. No todas las farmacias realizan la preparación de la mencionada

fórmula magistral, por lo que será necesario que desde cada CTA dispongamos de un listado de aquellas que lo realizan, para informarles a los usuarios donde deben dirigirse. No obstante, existe la posibilidad de que con la receta cualquier oficina de farmacia lo puede gestionar.

Farmacias que lo elaboran directamente previa petición de las oficinas de farmacia:

- Farmacia Cinco Caballeros en C/ Cinco Caballeros, 9. 140007 Córdoba.
T. 957 252084 y F. 957 077380 <http://www.cincocaballeros.com>
- Farmacia Carreras en C/Hospital, 14. 08001 Barcelona.
T. 933 023844 y F. 934 123232 <http://www.farmaciacarreras.es>

Sobre las características de los pacientes susceptibles de incorporarse al tratamiento:

- Correcta y rigurosa selección de los pacientes: mayor de 40 años, con larga historia de dependencia alcohólica y tendencia a la recaída. Es importante que posea un alto grado de motivación, con un entorno social estable, estado cognitivo conservado y sin una haber debutado con un cuadro depresivo.

Sobre las condiciones del programa de deshabituación:

- Clínica bien establecida. Asistencia regular a revisión y supervisión-monitorización del tratamiento.

8 Destinatarios del proceso.

Antagonistas Opiáceos: Los fármacos antagonistas bloquean o revierten los efectos de otros opiáceos, al ocupar los receptores opiáceos impidiendo la unión de cualquier agonista del receptor. Sin embargo, no mejoran el ansia por el consumo. La naltrexona es el antagonista opiáceo más utilizado en el tratamiento de la dependencia de heroína.

Los destinatarios más idóneos son aquellos pacientes con problemas derivados del consumo de heroína y otros opiáceos, que voluntariamente acepten la indicación del tratamiento y que actualmente estén desintoxicados de opiáceos y motivados para un tratamiento libre de drogas.

Los criterios de indicación mas aceptados son:

- Pacientes con historia breve de consumo de opiáceos o con una dependencia moderada.
- Sujetos con largos periodos de abstinencia que han sufrido recaídas cortas y recientes.
- Adictos abstinentes tras estancias en hospital, comunidades terapéuticas o prisión para prevenir que un nuevo consumo actúe como refuerzo positivo.
- Pacientes que deseen interrumpir el Programa de Tratamiento con Metadona.
- Pacientes que lo soliciten explícitamente previa valoración terapéutica y que estén motivados (con empleo, buen nivel educativo, etc.).
- Demostrar estar "libre de opiáceos", mediante detección urinaria. (Período mínimo según droga Heroína 4 - 5 días, Metadona 15 días, Codeína 7-10 días, Buprenorfina 7- 10 días).
- Sería conveniente tener apoyo familiar.
- Ser mayor de edad.

Fármacos anticraving para el alcohol:

Existen varios tipos de fármacos que pueden ser utilizados con la finalidad de reducir el deseo de compulsivo de beber, disminuir el número de recaídas, o la sensación de refuerzo positivo que proporciona la euforia o "sensación de estar colocados".

Los destinatarios más idóneos son aquellos pacientes con dependencia alcohólica, que voluntariamente acepten la indicación del tratamiento, una vez que ha cesado el consumo después de la desintoxicación.

Hay que tener en cuenta que las particularidades de los pacientes y del tipo de fármaco, debería obligarnos a tomar decisiones sobre cual o cuales elegir.

Fármacos disuasores del alcohol:

Este tipo de tratamiento considerado como aversivo se aplica a pacientes con problemas derivados del consumo de alcohol y que voluntariamente acepten la indicación de tratamiento, el seguimiento con pruebas analíticas y una administración supervisada. El perfil idóneo es el del paciente que previo consentimiento informado se siente incapaz o se percibe como ineficaz para afrontar la abstinencia alcohólica, tras haberse constatada de forma objetiva una abstinencia de al menos 24 horas.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Evaluación inicial previa a la instauración del tratamiento.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Cualquier Terapeuta	-Recepciona demanda de tratamiento y deriva al médico del centro.	-Informa de las opciones de tratamiento farmacológico de apoyo. -Facilita cita con el médico del CTA (en el de no sea otra figura profesional).

- Evaluación clínica e instauración del tratamiento farmacológico de apoyo.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico	-Evalúa clínicamente la indicación de un tratamiento farmacológico. -Explora problemas médicos y otros inconvenientes para la prescripción. -Instaura pauta farmacológica. -Propone medidas complementarias al tratamiento.	-Explora incompatibilidades e interacciones farmacológicas (pide analíticas y otras pruebas complementarias si se considera necesario). -Establece pautas farmacológicas seguras y de conocida eficacia clínica y emite receta correspondiente. -Asegura que el paciente y el familiar acompañante han entendido las características de la medicación, acción, mal uso, antes de la firma. -Asegura firma del consentimiento informado, donde constan las condiciones del tratamiento. En caso de Naltrexona facilitar documento escrito sobre las particularidades de la Naltrexona y el Tfno. Del Centro Nacional de Toxicología. -Archiva el documento del Consentimiento. -Registra datos en la HC. -Establece canales de comunicación

		con Atención Primaria del proceso que se pretende iniciar, al objeto de que su médico conozca la situación y expida las recetas.
--	--	--

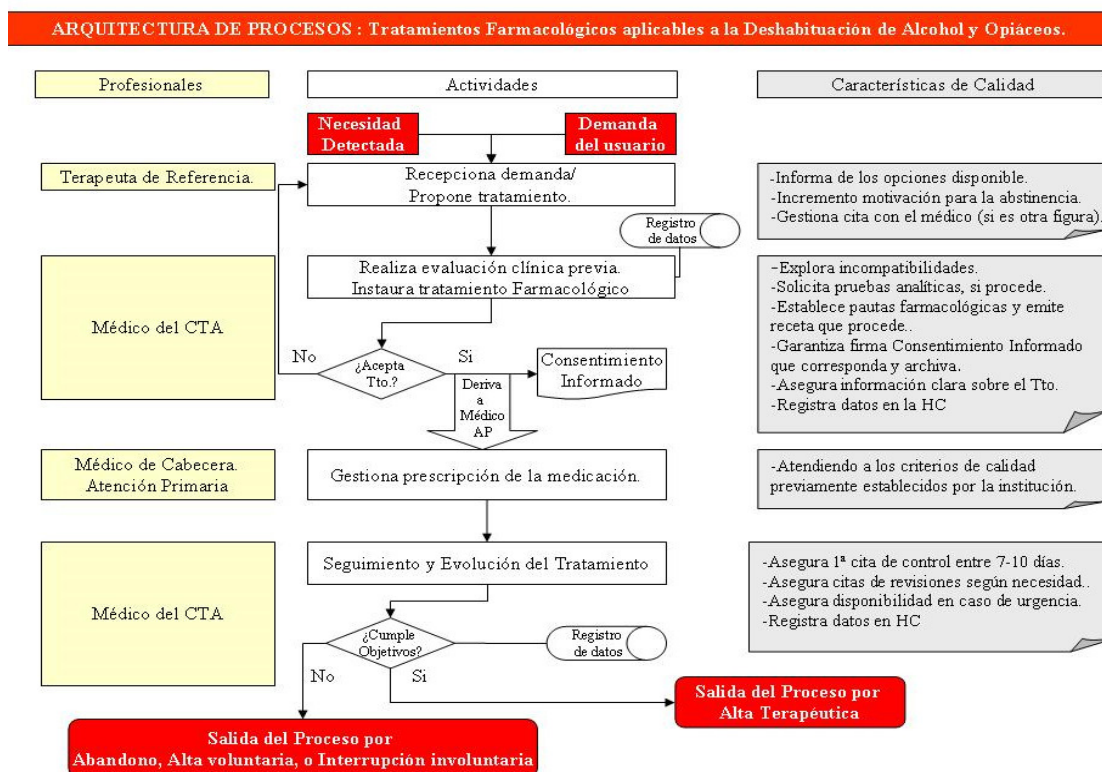
- Seguimiento del tratamiento.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico	-Efectúa seguimiento clínico -Establece mecanismos para la continuidad del tratamiento con el terapeuta de referencia en el CTA.	-Asegura al menos una cita de ajuste y control del tratamiento a los 7-10 desde la instauración del tratamiento. -Asegura citas de seguimiento con periodicidad variable y atendiendo a las necesidades detectadas hasta la finalización del tratamiento. -Asegura que a lo largo del tratamiento el paciente tiene la posibilidad de contactar con él de forma inmediata en caso de urgencia. -Registra datos en HC.

10 Componentes del proceso.

No se requiere ningún componente específico en este proceso, salvo aquellos que proceden de las actuaciones del médico de Atención Primaria de los Centros de Salud donde los usuarios solicitan se le prescriba la medicación indicada en nuestros centros.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

Actualmente nuestro Sistema de Recogida de datos e información (SIPASDA) no dispone de ningún mecanismo que nos permita recabar la información obtenida en el proceso del paciente a lo largo de su desintoxicación.

Sólo disponemos de 2 indicadores:

- Numero y porcentaje de pacientes adscritos a los programas Anticraving / Antagonistas / Disuasores en un día determinado.
- Numero y porcentaje de pacientes adscritos a los programas Anticraving / Antagonistas / Disuasores en un periodo determinado.

Estos indicadores son claramente insuficientes, ya que no podemos conocer la trayectoria seguida ni la forma de salir del programa de los usuarios, lo que nos limita enormemente el conocimiento y la evaluación tanto individual como la global del protocolo, limitándonos exclusivamente a la disponibilidad del indicador ubicado dentro de la Hª Clínica sobre el número de personas usuarias a las que se les ha registrado algún tratamiento farmacológico.

13 Anexos.

Todos los Consentimientos y Visados a utilizar en este protocolo se encuentran alojados en el Gestor Documental del Sipasda:

Consentimiento para Naltrexona
Consentimiento para Disuasores de Alcohol
Consentimiento para Nalmefeno
Informe para la prescripción de Antipsicóticos Atípicos
Informe Clínico Nalmefeno

Protocolo de Tratamiento con Agonistas (Metadona).

1 Generalidades sobre el proceso de intervención.

Desde la introducción a mediados de los años sesenta, por Dole y Nyswander, de los tratamientos de mantenimiento de metadona (TMM), los programas sustitutivos con opiáceos se han convertido en una de las principales estrategias terapéuticas para el tratamiento de la dependencia de la heroína. Actualmente, se acepta que en los pacientes que siguen un TMM disminuyen el consumo de opiáceos ilegales, el riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las conductas legales relacionadas con el consumo y el riesgo de mortalidad, y también mejora la calidad de vida.

La bibliografía disponible sobre los efectos beneficiosos de los PTM es muy amplia, baste con referir los resultados obtenidos en una revisión exhaustiva de los artículos de revisión sistemática sobre la eficacia/efectividad de los TMM analizados con técnicas de metanálisis (Coplehorn y col., 1996a; Glanz y col., 1997; Marsch, 1998; West y col., 2000; Barnett y col., 2001; Farré y col., 2002) donde se revisan la eficiencia / efectividad de los PTM en:

- La disminución del consumo de opiáceos ilegales.
- La disminución de las conductas de riesgo para el VIH.
- La disminución de las actividades ilegales.
- La disminución del riesgo de sobredosis mortal.
- La mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.
- La tasa de retención de los pacientes, ya que todos los efectos anteriores se obtienen mientras el paciente sigue en tratamiento.

Prácticamente, todos los países europeos tienen un problema de drogas. Desde 1970, el tratamiento de mantenimiento con metadona ha crecido convirtiéndose en la forma más común de tratamiento de sustitución para la dependencia de opiáceos, con una estimación, a nivel mundial, de casi un millón de personas en mantenimiento con metadona. En Europa, la mayoría de los países tienen alguna forma de tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos. (ver información del OEDT <http://www.q4q.nl/methwork/powerpointslides.htm> en formato ppt sobre el PTM)

En Andalucía, desde la Red Pública de Atención a las Drogodependencias de Andalucía, se ha realizado un gran esfuerzo en los últimos años cara al desarrollo del programa, evidenciado por:

- El incremento de recursos humanos y materiales.
- El aumento del número de usuarios, así como de la tasa de retención.
- Una mayor oferta terapéutica y diversificación de programas.

Uno de los programas que mayor desarrollo ha experimentado ha sido el programa de tratamiento con metadona, en el que más de 15.000 pacientes se benefician de él, lográndose prácticamente su implantación en todo el territorio de nuestra Comunidad Autónoma, contando con gran accesibilidad, rapidez en la inclusión y sin listas de espera.

2 Definición funcional.

Conjunto de actuaciones (informativas, diagnósticas, prescriptivas, de dispensación, terapéuticas, de notificación y de control y seguimiento) a través de las cuales se identifican las personas susceptibles de incorporarse al programa y se establecen los mecanismos para la confirmación del diagnóstico (Trastornos por consumo de opiáceos), tras el cual se establecen los objetivos y se programa el Plan Terapéutico Individual, queriendo esto significar la corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial.

Este conjunto de actuaciones quedarían enmarcadas dentro de los tratamientos sustitutivos, cuyos objetivos resumir en:

- Ayudar al paciente a permanecer sano, hasta que con el apoyo y cuidados adecuados, puedan lograr una vida sin drogas.
- Tratar los problemas relacionados con el abuso de drogas.
- Reducir los peligros asociados con el abuso de drogas, especialmente el riesgo del SIDA, de hepatitis B y C, y otras infecciones causadas por inyectarse y por compartir el material de inyección.
- Reducir la duración de los episodios de abuso de drogas.
- Reducir las posibilidades de recaídas futuras al abuso de drogas.
- Reducir las actividades ilegales para la financiación del abuso de drogas.
- Estabilizar al paciente mediante una medicación sustitutiva que alivie los síntomas de abstinencia.
- Mejorar el funcionamiento general, personal, social y familiar.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

La inclusión en el PTM está indicada en todos los pacientes dependientes de opiáceos que soliciten tratamiento y cuya valoración clínica sea compatible con las estrategias orientadas al mantenimiento, excepto aquellos que hagan petición expresa de una intervención destinada a la abstinencia, que evaluemos capacitados para intentarlo y cuyas experiencias anteriores no la desaconsejen.

Las intervenciones destinadas a la abstinencia quedan reservadas para los pacientes que las pidan, y también para aquellos que soliciten la interrupción del tratamiento con metadona.

La admisión del paciente se deberá producir de una forma rápida y simple, intentando que sea el marco terapéutico el que se adapte gradualmente a las necesidades que plantea el paciente.

Otro procedimiento de entrada sería mediante las derivaciones desde otros centros de tratamientos donde ya se encontrara el paciente adscrito al mencionado programa, recursos de internamiento, hospitales o prisiones.

- La normativa vigente en nuestro país sobre los tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos no establece ninguna restricción por criterios de edad y, por lo tanto, se puede indicar este tratamiento a un menor si existen criterios clínicos para hacerlo. Tampoco determina la necesidad de contar con el consentimiento informado de los padres, y, por lo tanto, éste sólo es obligatorio en los supuestos que prevé la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, es decir, si el paciente menor de edad no es ni intelectual ni emocionalmente competente para comprender el alcance de la intervención. A pesar de ello, es conveniente contar con el consentimiento de los padres o Tutores.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

El Programa de Tratamiento de Metadona puede finalizar o interrumpirse en un centro porque se produzca una de las siguientes incidencias:

- Exclusión temporal.
- Derivación a Hospital o Prisión dentro de Andalucía.
- Alta voluntaria.
- Abandono.
- Alta Terapéutica o por finalización de objetivos.
- Éxito o Fallecimiento.
- Alta Derivada fuera de Andalucía.
- Derivación a Recursos Residenciales.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

- Aquellos usuarios que presenten contraindicaciones clínicas o no se pueda constatar un diagnóstico de dependencia a opiáceos, no deberían incluirse inicialmente.
- Los pacientes con riesgo de intoxicación con metadona: (Pacientes que se visitan por primera vez y de los que no podemos contrastar la información que nos dan, policonsumidores de sustancias, pacientes que presentan una enfermedad respiratoria clínicamente importante, pacientes que presentan una enfermedad hepática clínicamente importante, pacientes que toman medicamentos que inhiben el CYP3A4). En todos estos casos, no está contraindicada la metadona, pero sí que la inducción del tratamiento se hará de forma todavía más esmerada, con estricta evaluación del enfermo a las 2 ó 3 horas de la administración de la pauta, durante las 5 primeras dosis de metadona, con el fin de detectar signos y síntomas de toxicidad, y no se tendría que aumentar la dosis en los primeros 5 días.
- No se incluyen en este proceso aquellos pacientes que pudieran incorporarse a un tratamiento con Buprenorfina, pese a que la gestión que debiera llevarse a cabo desde los CTAs fuera muy similar.

6 Responsable del proceso.

Fundamentalmente, los tratamientos con opiáceos están regulados en la Comunidad Andaluza mediante el Decreto 300/2003, de 21 de octubre, basado en la experiencia acumulada a lo largo de los años de vigencia del Decreto 162/1990, de 29 de mayo, que surgió con el fin de adaptar el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, regulador de los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y el Real Decreto 5/96, de 15 de enero, sobre modificación del anterior (Real Decreto 75/1990).

El PTM es un programa diseñado por la Consejería para la Igualdad y Políticas Sociales y desarrollado mediante acuerdos entre ésta y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, donde todos los aspectos relacionados con la preparación y la dispensación corresponden a la Delegación de Salud-SAS y aquellos relacionados con la prescripción y el tratamiento de la adicción al Servicio Provincial de Drogodependencias.

La ejecución de la normativa aplicable se concretan, en un primer nivel, entre la Delegación Provincial de Salud y el Servicio Provincial de Drogodependencias y, en un segundo nivel, mediante el desarrollo de los mismos por los Distritos de Salud (Farmacias y Centros de Salud) y de los Centros de Tratamiento de Drogodependencias (CTA).

Funciones de los CTA:

- La prescripción (es responsabilidad única del médico del CTA, no pudiéndose delegar esa responsabilidad) y el seguimiento posterior de los pacientes.
- La permanente actualización del soporte informático, mediante el cual los centros preparadores y dispensadores disponen de la información suficiente que les permite conocer las incidencias semanales: inicios, reinicios, salidas de programa, aumentos de dosis, pautas de reducción, etc.
- La autorización de la recogida de dosis por un familiar o persona responsable, en caso de impedimento laboral, enfermedad del paciente, etc.
- La autorización para la incorporación al PTM de usuarios procedentes de otros centros o recursos y que, previamente ya estaban adscritos a dicho programa, dado que estas autorizaciones se realizan entre listados y puede que no aparezcan en ninguno de ellos.
- El impulso hacia la incorporación de estas personas a los programas de salud normalizados y otras actividades sanitarias orientadas hacia la atención de patologías prevalentes en estos grupos de población.
- La realización de la formación específica en el campo de las adicciones.
- Facilitar la emisión de los listados de dispensación y farmacia de los pacientes de forma semanal, atendiendo a los procedimientos dispuestos

en el SIPASDA y la puesta a disposición de los correspondientes listados de dispensación y farmacia (acceso web /correo electrónico) utilizando para ello los sistemas de seguridad correspondientes.

Funciones de los Centros preparadores: Coinciden con los servicios de farmacia existentes en los Distritos de Atención Primaria de Salud o Centros Sanitarios previamente establecidos, siendo sus funciones principales:

- La preparación de los comprimidos de metadona, procurando la disponibilidad suficiente de los mismos para permitir atender las demandas de tratamiento que se produzcan y conforme a las indicaciones de los servicios prescriptores.
- La coordinación de los servicios de dispensación y comunicación a la dirección de Distrito de APS correspondiente y a los Centros Prescriptores de las posibles incidencias que en su desarrollo se produzcan.

Funciones de los Centros Dispensadores: Coinciden con centros dependientes del S.A.S. y ubicados generalmente en distintos centros de Salud de la provincia. Existen otros centros de dispensación que no dependen del S.A.S. pero disponen de la autorización del mismo para realizar las funciones previamente establecidas, tales como:

- La dispensación de los comprimidos de metadona de forma individualizada atendiendo a las indicaciones de los Centros Prescriptores.
- La correcta identificación del usuario al que se le administra la pauta o, en su caso al responsable autorizado que aparece en el listado, así como que la pauta es la que le corresponde.
- Velar por uso correcto de los comprimidos de metadona mientras estén en su poder y en especial de los comprimidos del estocaje, atendiendo a las indicaciones que se le faciliten desde los Centros Prescriptores.
- Controlar la administración de la sustancia (dispensación sujeta a los criterios que contiene la prescripción).
- La coordinación con los servicios de prescripción y la Dirección de Distrito de APS correspondiente para la comunicación de las posibles incidencias que en el desarrollo del PTM se produzcan.
- Comunicar las incidencias que se produzcan en relación a los usuarios al Centro de prescripción correspondiente
- Establecer sistemas adecuados y eficaces que favorezcan la incorporación de estas personas a los programas de salud normalizados y otras actividades sanitarias orientadas hacia la atención de patologías prevalentes en estos grupos de población.

7 Observaciones.

A continuación se describen algunos aspectos de interés por su dificultad e implicaciones para la continuidad de la asistencia del proceso, pudieran ser importante recoger:

▪ Dosis Equivalentes entre distintos Opiáceos y Metadona.

Opiáceo	Dosis	Dosis equivalente de metadona
Diacetilmorfina	10 mg	10 mg
Morfina	10 mg	10 mg
Petidina	50 mg	5 mg
Buprenorfina	0,2 mg	5 mg
Pentazocina	25 mg	2 mg
Dihidrocodeína	30 mg	3 mg
Codeína fosfato	15 mg	1 mg

Adaptado de Preston (1996) y Seivewright (2000)

- **Fármacos que pueden disminuir las concentraciones plasmáticas de metadona o sus efectos**

Fármaco	Acción farmacológica y uso
Barbitúricos	Hipnosedantes/anticomiciales
Carbamazepina	Anticomicial, eutimizante y neuralgia del trigémino
Alcohol	Depresor del SNC
Fenitoina	Anticomicial
Rifampicina	Tuberculosis
Acidificadores urinarios	Mantienen el calcio soluble, vitamina C

- **Fármacos que pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de metadona o sus efectos**

Fármaco	Acción farmacológica y uso
Amitriptilina	Tratamiento de la depresión y la ansiedad
Cimetidina	Antagonista H2 para el tratamiento del úlcus gástrico o duodenal y del reflujo gastroesofágico
Diazepam	Tratamiento de la ansiedad y miorelajante
Etanol	Consumo agudo
Fluvoxamina	ISRS/tratamiento de la depresión y del trastorno obsesivo
Ketoconazol	Antifúngico
Alcalinizadores urinarios	Tratamiento de la litiasis renal

- **Anotaciones sobre las Mujeres embarazadas.**

Es muy importante atraer a las mujeres embarazadas y mantenerlas en los servicios de tratamiento, preferentemente con su pareja. Se aconseja dar prioridad a las mujeres embarazadas para entrar en el tratamiento a causa de los riesgos para la salud tanto de la madre como del feto. El abuso de sustancias está asociado al parto prematuro; y el policonsumo de drogas, la escasa nutrición y la infección a través de las conductas de inyección de riesgo, pueden perjudicar al feto. El resultado a largo plazo de mujeres que ingresan en los programas de tratamiento con metadona durante el embarazo es mejor en cuanto al embarazo, el nacimiento de la criatura y el desarrollo del niño, independientemente del uso continuado de drogas ilegales. Las mujeres que acuden a los servicios de tratamiento, aún consumiendo drogas ilegales, generalmente tienen un mejor cuidado prenatal y una mejor salud general que aquellas mujeres que consumen drogas y que no están en tratamiento. (Finnegan, 2000).

Una vez establecido un programa de tratamiento estable, podrá estimularse el vínculo con otros servicios médicos, especialmente para el cuidado prenatal. Se recomienda identificar a quien atiende el caso a fin de coordinar el cuidado tanto de la madre como de la criatura.

Aunque muchas mujeres quizá deseen desintoxicarse, se considera que el tratamiento de mantenimiento con metadona prolongado es la mejor opción para las mujeres embarazadas dependiente de opiáceos. En el tercer trimestre, muchas mujeres necesitarán dosis más altas por haber subido de peso y por otros cambios fisiológicos (cambio en el metabolismo). En algunos casos podrá considerarse dividir la dosis diaria y administrarla dos veces al día.

Si una mujer se desea desintoxicar, no se recomienda hacer esto en el período anterior a la semana 12 o después de la semana 32 del embarazo (Consejo de Europa, 2000). Deberían evitarse los síntomas de abstinencia de la droga durante los primeros tres meses del embarazo a causa del riesgo de parto prematuro en este período. La reducción máxima normal en la dosis diaria está entre 2.5 y 10 mg semanales, cada dos semanas o mensuales, dependiendo de la respuesta de la mujer. En el caso de que la desintoxicación no tuviera éxito y que se descontrole el consumo de droga por parte de la paciente, debería volver a evaluarse la dosis de la metadona hasta volver a lograr la estabilidad, pasando de la desintoxicación al mantenimiento.

Debería alentarse el amamantamiento, no solamente por sus ventajas generales, sino también porque algo de metadona podría pasarle al bebé en dosis muy bajas y esto a su vez podría ayudar a reducir cualquier síntoma en el bebé por la abstinencia del fármaco. En casos de infección de VHC, deberían considerarse los beneficios del amamantamiento de acuerdo con la carga viral de la madre (Consejo de Europa, 2000). Sin embargo las contraindicaciones amamantar son: si la madre tiene VIH/SIDA o si consume dosis de benzodiazepinas o si sigue consumiendo drogas ilegales.

Finalmente, como las mujeres embarazadas y las madres jóvenes pueden padecer sentimientos de culpa importantes, se recomienda especialmente la atención y el asesoramiento psicológico.

▪ **Usuarios del PTM de viaje.**

Ante el hecho de que un usuario desee viajar a otro país y se encuentre en PTM, caben dos opciones:

1º) El transporte de la sustancia por el propio paciente en cantidad suficiente para continuar su tratamiento durante su estancia en el país de destino.

Con el Acuerdo de Schengen, se aplicarán las medidas previstas en su artículo 75 sobre el transporte de estupefacientes. Cuando una persona residente en España en tratamiento con metadona desee viajar a otro estado Schengen, la tramitación del permiso correspondiente es competencia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (hasta un máximo de 30 días) y el procedimiento para su obtención es la tramitación telemática mediante la Plataforma Labofar. El Documento donde constan las instrucciones para viajes al extranjero de usuarios del Programa de Tratamiento con Opiáceos, está disponible en el Sipasda en el menú principal en el apartado de Documentos.

2º) La inclusión del paciente en un programa de metadona del país al que se dirige.

Para ciudadanos o residentes de cualquier país, la puesta en contacto de los centros o individuos solicitantes con los centros de destino, se viene haciendo en la práctica, bien de una forma directa, de centro a centro, o bien mediante la gestión de los Planes Autonómicos sobre Drogas. Esta gestión se puede realizar mediante línea telefónica, por fax o carta de un país a otro, con las garantías de identificación oportunas y acompañados de la siguiente información:

- Nombre y apellidos de la persona/s y su/s destino/s (país y ciudad).
- Dosis que está tomando el paciente/s en la actualidad.
- Período exacto en que van a efectuar los viajes.
- Dirección, nº de teléfono, fax, nombre del responsable del centro en que se encuentra el paciente que quiere viajar.

Varias páginas web suministran información sobre programas con metadona que se ofrecen para prescribir metadona a personas de otros países. Ver: el European Methadone Assistance Point (MAP) de EuroMethwork: <http://www.euromethwork.org> y el International INDRO con base en Germany: <http://home.muenster.net/~indro/>

▪ **Cálculo de la dosis de metadona de inicio.**

Es un proceso totalmente individualizado, para ello tendremos en cuenta lo siguiente:

Fecha del último consumo.
Media de consumo por día en la última semana (nº papelines).
Media de consumo por día en el último mes (nº papelines).
Vía de administración.
Otras sustancias consumidas.

Consumos de metadona de mercado ilegal.
 Consumos de otros opiáceos.
 Porcentaje de pureza de la heroína en nuestro medio.
 Peso y talla del paciente (masa corporal).
 Tener en cuenta a los metabolizadores rápidos (aprox. el 10% de caucasianos).
 Tratamientos complementarios que estén llevando a cabo.
 Equivalencia de heroína con metadona.
 1 mg. de metadona = 1 - 2 ing. de heroína.
 Dosis letal de metadona en no tolerantes 1 - 1,5 mg./kg./día, aunque se han descrito muertes por sobredosis con dosis de 40 - 60 mg./día en no tolerantes.
 La dosis óptima de metadona es aquella que: Previene la aparición del SAO durante al menos 24 horas, Reduce o elimina la apetencia por el consumo (craving), bloquea los efectos euforizantes de cualquier opiáceo autoadministrado de manera ilegal. Ésta estaría comprendida entre los 60 - 120 mg. de metadona al día, pero el rango mayor está entre 80 - 100 mg, y el bloqueo de los efectos euforizantes se consigue a partir de los 80 mg. de metadona/día Algunos pacientes pueden necesitar dosis mayores y otros dosis menores. Normalmente la dosis inicial debe oscilar entre 20-50 mg. metadona/día, no debiendo superar el rango superior a no ser que tengamos muy clara la tolerancia del paciente por el riesgo de sobredosis.

▪ **Interacciones con metadona.**

1. Fármacos opiáceos contraindicados (pueden precipitar la abstinencia)	
Nombre genérico	Acción/uso
- Naltrexona	- Antagonista opiáceo utilizado en el tratamiento del alcoholismo y bloqueo de los efectos opioides
- Buprenorfina, butorfanol, dezocina, nalbuphina, pentazocina	- Analgésicos con actividad opiáceo-antagonista
- Tramadol	- Analgésicos sintético (no considerado antagonista opiáceo, pero disminuye los niveles de opiáceos)
- Nalmefene, naloxona	- Revierte los efectos opiáceos

2. Fármacos y sustancias de abuso que pueden disminuir las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y pueden precipitar la abstinencia (los antirretrovirales se enumeran en tabla específica).	
Nombre genérico	Acción/uso
- Ácido fusídico	- Antibacteriano
- Butabarbital sódico, mefobarbital, fenobarbital, pentobarbital, secobarbital	- Barbituratos, sedantes y/o hipnóticos
- Carbamacepina	- Anticolvulsivante, neuralgia del trigémino, eutimizante
- Cocaína	- Sustancia de abuso
- Dexametasona	- Corticoide
- Etanol	- Consumo crónico
- Espinolactona	- Diurético
- Fenitoína	- Anticonvulsivante
- Hierba de S. Juan	- Antidepresivo
- Heroína	- Sustancia de abuso
- Primidona	- Anticonvulsivante
- Rifampicina	- Tratamiento TBC pulmonar
- Tabaco	- Sustancia de abuso
- Acidificadores de la orina, ácido ascórbico	- Mantiene soluble el calcio, controla irritaciones cutáneas inducidas por orina, vitamina C

3. Fármacos que pueden incrementar las concentraciones plasmáticas o los efectos de la metadona y aumentar la sedación y otros efectos opiáceos

Nombre genérico	Acción/uso
- Amitriptilina	- Tratamiento de la depresión y ansiedad
- Cimetidina	- Antagonista receptores H2, tratamiento del ulcus gástrico y duodenal y del reflujo gástrico
- Ciprofloxacino	- Antibiótico quinolona
- Diazepam	- Tratamiento de la ansiedad
- Dihidroergotamina	- Antimigrañoso
- Disulfiram	- Interdictor del alcohol
- Etanol	- Consumo agudo
- Fluconazol	- Agente antifúngico
- Ketoconazol	- Agente antifúngico
- Eritromicina, claritromicina	- Antibióticos macrólidos
- Alcalinizadores de la orina	- Tratamiento de la litiasis renal y contra la gota
- Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina	- Tratamiento del trastorno depresivo mayor, el TOC, el trastorno por crisis de angustia, fobias y TAG
- Moclobemida	- Antidepresivo IMAO reversible
- Metronidazol	- Anti-infeccioso
- Zumo de uva	- Alimento
- Verapamil	- Antiarrítmico

4. Fármacos cuya farmacocinética puede modificarse con la metadona y además puede precipitar la aparición de efectos inesperados

Nombre genérico	Acción/uso
- Desipramina y otros tricíclicos	- Antidepresivos
- Zidovudina	- Tratamiento inicial del VIH
- Stavudina (d4T)	- Antirretroviral
- Dextrometorfano	- Antitusígeno
- Benzodiazepinas	- Sedantes, hipnóticos, relajantes musculares
- Hidrato de cloral	- Sedante
- Clorometiazol	- Sedante, utilizado en desintoxicaciones de alcohol
- Alfa-interferón + ribavirina	- Tratamiento infección VHC
- Metilfenidato	- Tratamiento del TDAH
- Nifedipino	- Antihipertensivo
- Prometazina	- Antihistamínico

Fármaco	Efecto sobre la metadona	Efecto de la metadona sobre el fármaco
AZT, Retrovir, Zidovudina	Ninguno	Incrementa el área bajo la curva (ABC) del AZT en 40%. No hace falta modificar la dosis
DDI, Videx, Didanosine	Ninguno	Disminuye el ABC del DDI en un 60%. No hace falta modificar dosis
D4T, Zerit, Estavudina	Ninguno	Disminuye el ABC del D4T en 18%. No hace falta modificar dosis
3TC, Epivir, Lamivudina	Ninguno	No estudiado. Utilizar dosis habitual
Abacavir, Ziagen, Trizivir	Incrementa la eliminación de MTD. Puede requerir incremento de dosis de metadona	Retardo en conseguir la concentración máxima. No hace falta modificar dosis
Amprenavir, Agenerase	Se pueden reducir los niveles de metadona, pero no parece necesario modificar la dosis	Los niveles pueden disminuir pero la significación clínica no queda clara
Nevirapina, Viramune	Síntomas de abstinencia. Incrementar la dosis de MTD en 25% - 50%	No hace falta modificar dosis
Efavirenz, Sustiva	Disminuye las concentraciones de metadona en 48%; incrementar la dosis en 40%-50%	No hace falta modificar dosis
Inhibidores de las proteasas	Todos estos fármacos tienen efectos complejos sobre el metabolismo hepático. Originan variaciones complejas en las concentraciones y en la unión a proteínas, pero generalmente no necesitan cambios de dosis. Mantener la dosis habitual y monitorización del paciente: si signos de abstinencia, ajustar la dosis.	
Nelfinavir, Viracept	Disminución de las concentraciones de MTD, sin síntomas de abstinencia. Ajustar dosis solo si aparecen síntomas	No hace falta modificar dosis
Ritonavir,	Disminución de las concentraciones de MTD.	No hace falta modificar dosis
Norvir	Incrementar la dosis si aparecen síntomas	
Saquinavir (+ritonavir), Fortovase, Invirase	Cambios complejos implicando los tipos racémicos de la metadona y la unión proteica de la MTD. Ajustar dosis si aparecen síntomas	No hace falta modificar dosis
Amprenavir, Agenerase	Disminución de las concentraciones de MTD; no aparecen síntomas	No hace falta modificar dosis
Lopinavir (+ritonavir), Kaletra	Se han detectado concentraciones inferiores. Ajustar dosis si aparecen síntomas	No hace falta modificar dosis
Indinavir, Crixivan	No se ha estudiado formalmente. Ajustar dosis si aparecen síntomas	No hace falta modificar dosis

MTD: metadona

<http://www.adicciones.es/files/mico.pdf>

8 Destinatarios del proceso.

Personas con dependencia a opiáceos confirmada y que se deseen participar en el programa.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Evaluación inicial previa a la instauración del tratamiento.

Si desde la recepción del caso ya se conoce la demanda del usuario, el auxiliar administrativo facilitará cita directamente con el médico del CTA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Cualquier Terapeuta	-Recepciona demanda de tratamiento. -Valora conveniencia del PTM y características del caso. -Informa sobre características del programa.	-Explora dependencia a opiáceos. Si hay dudas de una dependencia real tras el contraste de la información obtenida en la HC (Tratamientos anteriores, Problemas judiciales, Problemas médicos), se procede a test de orina. -Administra prueba diagnóstica de evaluación del trastorno por consumo de sustancias. -Propone interconsulta con el médico del CTA en el menor plazo de tiempo posible. (Si es posible en el mismo día). -Registra datos en HC.

- Inducción al tratamiento.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico del CTA	-Realiza valoración médica general. -Informa de forma particularizada sobre características del programa. -Inicia la inducción al tratamiento.	-Asegura la realización de la exploración médica completa. -Solicita pruebas analíticas complementarias si aún no se dispone de ellas. No se exigen los resultados para iniciar el PTM. -Garantiza diagnóstico compatible con el programa. -Explica y asegura firma del Consentimiento Informado. -Calcula dosis inicial e informa de procedimientos de recogida. -Cumplimenta telemáticamente el Protocolo de Inclusión y registra datos en SIPASDA. -Registra datos en HC. Recomendaciones: ▪ Es recomendable que el paciente asista diariamente al centro dispensador a tomar la metadona hasta que se haya determinado la dosis de estabilización. ▪ No facilitar formas de recogida distintas a la diaria hasta que hayan transcurrido un mínimo de 2 semanas de abstinencia.

- Admisión psicosocial.

En el ámbito del PTM, tanto psicólogos como T. sociales son necesarios para un tratamiento integral de las adicciones, queriéndose señalar las distintas funciones que deben desempeñar cara a una valoración inicial y una posterior intervención, como en la mayor parte de de actuaciones donde se requiere un tratamiento integral.

Pueden ofrecer estrategias de apoyo y asesoramiento, y podrán actuar como responsable de casos atendiendo a las necesidades planteadas por el usuario.

Con posterioridad a este momento se ha de decidir quién va a ser el director del caso, atendiendo a las necesidades detectadas. Dicha figura podrá ser modificada a lo largo del proceso.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Psicólogo y/o T. Social del CTA	-Realiza evaluación inicial de los problemas planteados. -Propone objetivos focalizados desde su área.	-Asegura la realización de la exploración del área social. (T. Social) -Asegura la realización de la exploración del área psicológica. -Aplica técnicas y estrategias para incrementar motivación, prevenir recaídas. -Aseguran abordaje de problemas sociales y psicológicos. -Establecen canales de comunicación y vinculación con otros recursos si fuera necesario.

- Estabilización del tratamiento.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico del CTA	-Reevalúa clínicamente el tratamiento. -Propone modificaciones.	-Valora existencia síntomas objetivos y subjetivos de SAO. -Adecua dosificación y pautas. -Comprueba resultados de las pruebas analíticas si las hubiera. -Cumplimenta incidencias en SIPASDA. -Registra datos en HC. Recomendaciones: ▪ La fase de estabilización se acaba una vez que la pauta se mantiene estable durante más de una semana y es considerada adecuada por el médico y el paciente (60 - 120 mg/día) en la mayoría de los casos. Aproximadamente después del primer mes. Excepto en el caso de SAO manifiesto, se recomienda esperar un mínimo de 3 días antes de cada aumento de la dosis.

- Mantenimiento y seguimiento del tratamiento.

En cuanto al plan y objetivos del programa, se contempla la necesidad de diseñar planes individualizados partir de la evaluación biológica, psicológica y social de cada usuario. La necesidad de adaptar el tratamiento a las características específicas de los usuarios lleva a que se distingan varios niveles de los PTM. Estos niveles son sólo a título orientativo en

cuanto a qué actuaciones deben considerarse prioritarias atendiendo a los distintos perfiles de usuarios, y nunca como compartimentos estancos:

- **Nivel de Objetivos Básicos:** Se contempla el objetivo primario de aumentar la calidad de vida, para lo cual se propone un bajo nivel de exigencia, que sea fácil de entrar y una cobertura mínima de actividades asistenciales que incluyen: visita de seguimiento médico con una periodicidad trimestral o semestral dependiendo del status de seropositividad y de otros tratamientos farmacológicos bajo indicación del médico prescriptor. Se aplicará a pacientes que inician el programa de tratamiento con metadona (Inducción), usuarios sin objetivos claros ni definidos a corto plazo y a usuarios consumidores activos de otras sustancias que interfieran en su proceso terapéutico.
- **Nivel de Objetivos Intermedios:** Destinado a usuarios más normalizados que aparte de los servicios del bajo umbral, empiezan a demandar una atención social y en algunos casos pueden recibir asesoramiento psicoeducativo. A este grupo de pacientes que empiezan a estabilizarse en su adicción y se constatan cambios en el estilo de vida, se recomienda que el número de visitas al centro sea una visita mensual como mínimo. En caso de abuso de otras sustancias (cocaína, depresores del SNC, etc.) hay que valorar detenidamente los pros y contras de mantener la dispensación más amplia, y puede estar indicado un retorno a la dispensación más controlada.

Para este programa se propone la realización de controles aleatorios mediante pruebas de orina para constatar que toman la metadona y que no existe consumo continuado de otros opiáceos y/o otras drogas.

- **Nivel de Mantenimiento Normalizado:** Dirigido a aquellos usuarios totalmente integrados que precisen y demanden un mantenimiento indefinido, normalmente con seguimiento psicoterapéutico y utilicen los recursos comunitarios normalizados existentes en la comunidad. Los criterios de seguimiento de los usuarios incluidos en cada uno de estos programas quedan abiertos a la organización y planificación interna de cada centro pero siempre de acuerdo a los objetivos fijados en el PTI. La periodicidad del seguimiento se va programando de acuerdo a la evolución particular de cada usuario. En estos casos aplicaremos modos de recogida que permitan espaciar las visitas al centro de dispensación.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta responsable del caso	-Organiza información obtenida. -Pone en marcha y realiza seguimiento de los objetivos del PTI.	-Propone subprograma a seguir. -Asegura ajustes en el PTM en Sipasda (En el caso de no ser médico, realiza interconsultas para que sea el médico quien realice los ajustes específicos). -Focaliza atención sobre comportamientos de riesgo. -Garantiza citas con otros miembros del equipo. -Registra datos en HC., e incidencias en Sipasda. Recomendaciones: ▪ La determinación de la pauta es competencia de la valoración

		clínica del médico en colaboración con el paciente y los miembros del equipo. ▪ El tratamiento debe progresar a través de niveles o grados, pasando a ser cada vez menos intenso, costoso y perturbador para la vida cotidiana del paciente, promocionando la individualización del tratamiento.
--	--	---

- Retirada del tratamiento.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico del CTA	-Instaura la pauta de desintoxicación. -Realiza seguimiento hasta finalización con pauta 0.	-Garantiza una reducción lenta según pautas: ▪ >80 mg/día reducir 10mg/semana. ▪ 40-80 mg/día reducir 5mg/semana. ▪ <40 mg/día reducir 2,5 mg/semana. -Garantiza reducción a pacientes no cumplidores, previo avisos por escrito. -Utiliza otros fármacos en la desintoxicación, si existe sintomatología SAO. -Registra datos en HC e incidencias del PTM en Sipasda.

• Nota sobre los tratamientos con Buprenorfina-Naloxona

La terapia de sustitución con el fármaco Suboxone se encuadra, por su finalidad dentro del protocolo de tratamientos con agonistas opiáceos, pese a tener especiales características dentro de nuestros procedimientos asistenciales. Para iniciar tratamiento con estos principios activos se procede, al igual que con metadona, cumplimentando el Protocolo de de Inclusión con Opiáceos, seleccionándose el principio activo de buprenorfina clorhidrato o hidrocloreuro de buprenorfina, lo que nos permite abrir el protocolo específico necesario para dar al paciente de alta. Cualquier incidencia sobre el tratamiento se anotará en la protocolo de incidencias mediante sus tres variables: Cambio de Dosis, Cambio de Médico y Tipo de Salida del Programa. Para cualquier información sobre características, indicaciones, empleo, interacciones, etc, consultar:

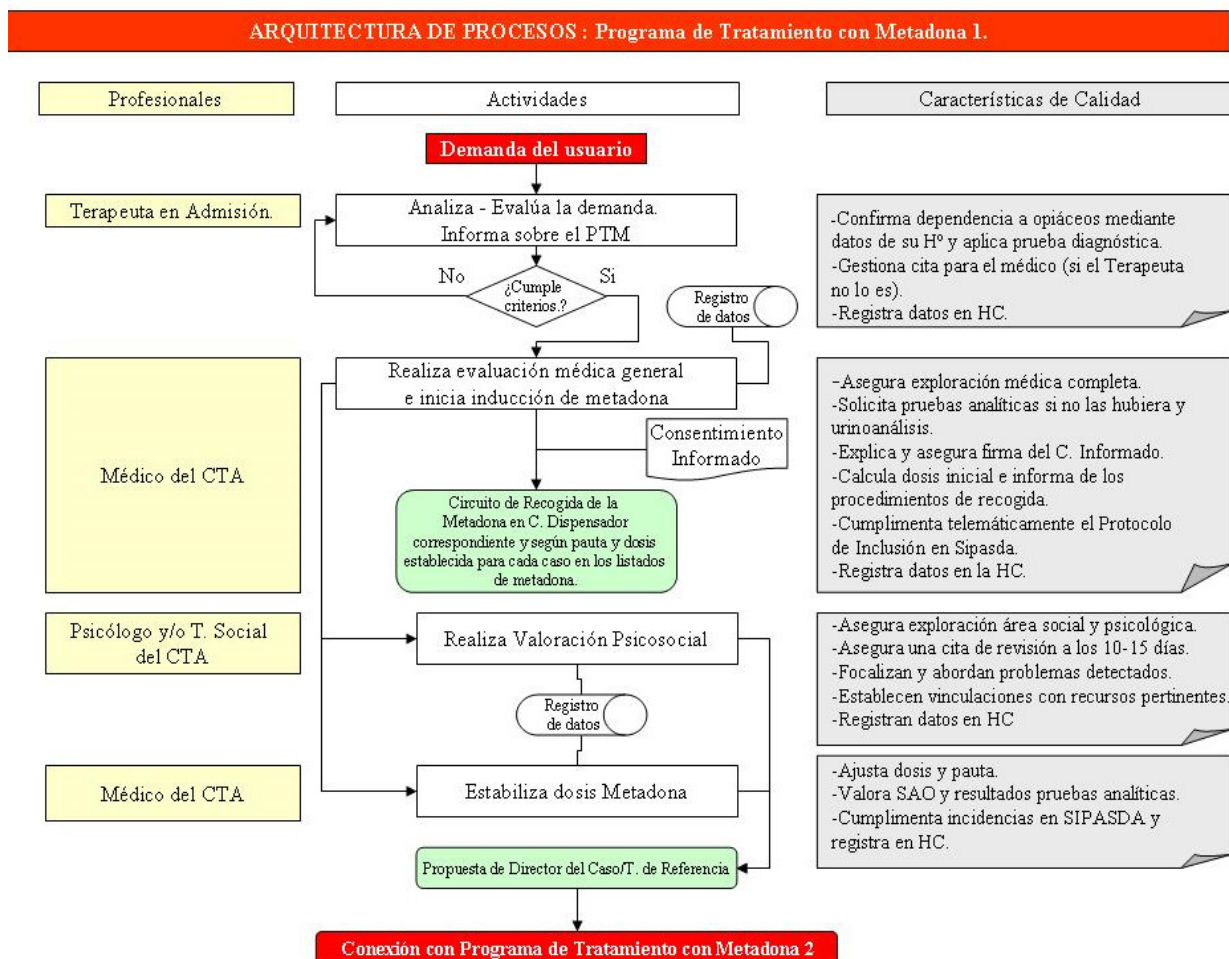
http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2006/2006092613631/anx_13631_es.pdf

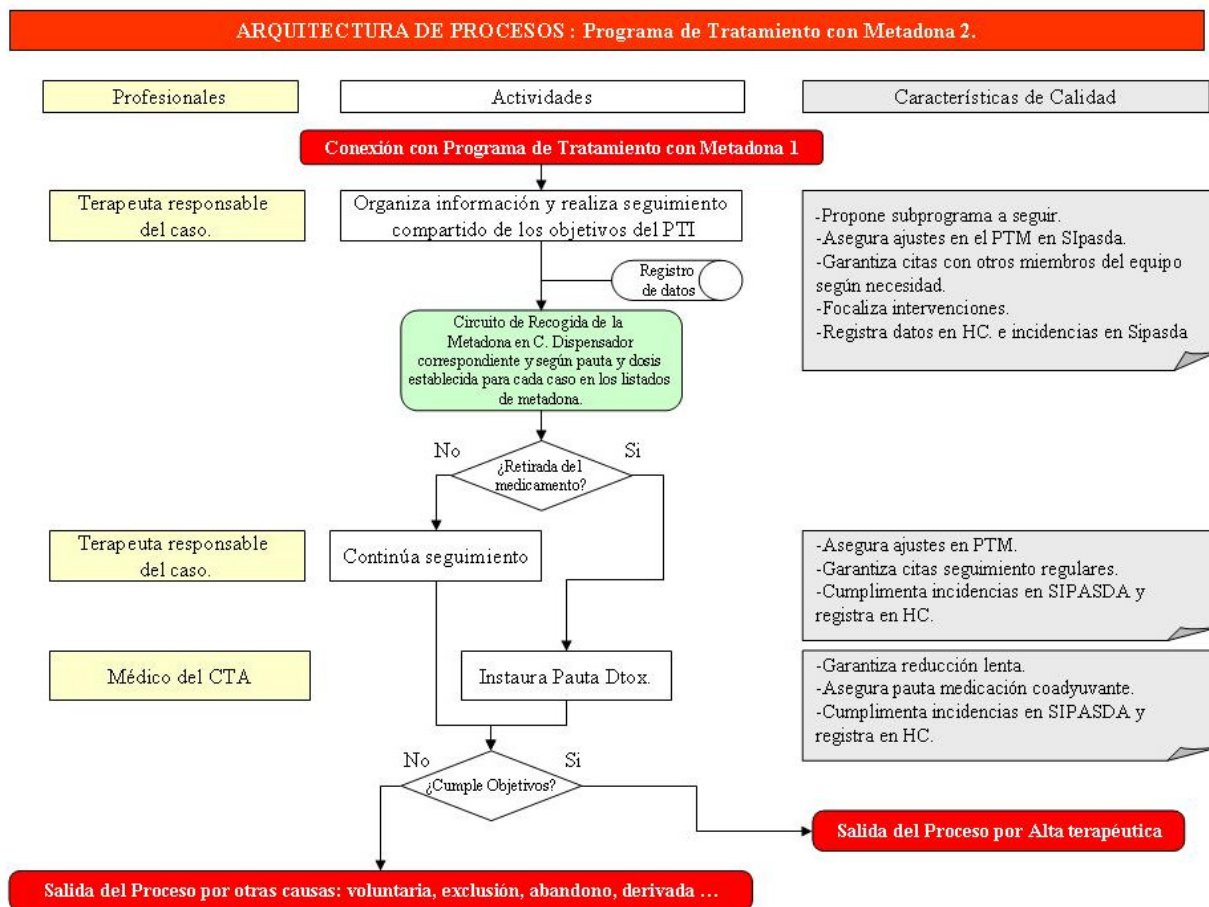
10 Componentes del proceso.

Como ya se ha referido en el apartado "responsables del proceso", existen varios componentes:

- Servicio Provincial de Drogodependencias: Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTAs).
- Servicio Andaluz de Salud: Centros Dispensadores a través de los Centros de Salud y los responsables de farmacia como responsables de la preparación de la metadona.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.





12 Indicadores del proceso.

Metadona

La relación de indicadores que actualmente dispone el Sipasda según CTA y/o Provincia son:

- Nº de entradas y salidas por centro dispensador en periodo.
- Nº de pacientes activos en periodo.
- Nº de pacientes activos por distrito en periodo.
- Nº de pacientes activos en un día determinado.
- Nº de inicios y reinicios en periodo.
- Pautas en un día determinado.
- Fallecidos en un periodo.
- Altas, según tipo, en un periodo.
- Altas, según tipo, en un periodo por distrito.
- Derivaciones a Recurso en un periodo.
- Citas Realizadas en periodo.
- Dosis dispensadas en periodo, por distrito.
- Comprimidos dispensados en periodo, por distrito.
- Pacientes en PTM, según sean activos, pasivos o registrados, atendiendo a un período en concreto o en una fecha determinada en relación a un CTA.
- Listado de pacientes en Metadona activos según CTA (de dispensación y de preparación).
- Listado de pacientes en Metadona según terapeuta de referencia.
- Listado de inicios y salidas totales (desagregados según tipos) que se han producido en PTM.

Buprenorfina-Naloxona

La relación de indicadores que actualmente dispone el Sipasda según CTA y/o Provincia son:

- Nº de personas usuarias activas en período.
- Nº de personas usuarias activas en un día determinado.
- Nº de inicios y reinicios en período.
- Nº de personas fallecidas en un período.
- Altas en un período.

13 Anexos.

Todos los documentos, consentimientos y protocolos a utilizar dentro de este apartado, vienen recogidos en el Sipasda, bien en las opciones del menú principal y en el Gestor Documental.

Documento para solicitar Viajar con Opiáceos.

Protocolo de Inclusión con Opiáceos (Metadona o Buprenorfina).

Protocolo de Incidencias con Opiáceos (Metadona o Buprenorfina)

Consentimiento Informado de Metadona.

Consentimiento Informado con Suboxone

Informe de autorización de recogida de Metadona.

Manual para el Protocolo de Inclusión en Tratamiento con opiáceos.

Manual para la Notificación de Incidencias en el Tratamiento con Metadona.

Protocolo de Derivación y Coordinación con la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).

1 Generalidades sobre el proceso de intervención asistencial.

Las U.D.H. son dispositivos de tercer nivel que complementan el conjunto de dispositivos asistenciales especializados, ambulatorios y residenciales. Los pacientes que se derivan, en la mayoría de los casos, presentan una situación personal que hace arriesgada la desintoxicación a nivel domiciliario. En muchas ocasiones el ingreso en U.D.H. es el modo más efectivo de romper el círculo de la adicción.

Las Unidades de Desintoxicación son espacios cerrados integrados en hospitales generales, aislados del resto de la estructura hospitalaria, pero contando con las instalaciones necesarias que permitan la desintoxicación física de cualquier dependencia a drogas, así como la realización de distintas actividades y el desarrollo de unas adecuadas relaciones interpersonales entre pacientes y equipo técnico de la unidad.

Estas unidades son de titularidad del Servicio Andaluz de Salud o concertadas por él, poniéndolas a disposición de la Red Asistencial de Drogodependencias de Andalucía. El tratamiento es totalmente gratuito y de carácter supraprovincial, efectuándose el ingreso a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio integrados en el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. El número de plazas disponibles actualmente es de 24.

2 Definición funcional.

Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes drogodependientes que requieran una asistencia sanitaria específica en lo referente a desintoxicación de sustancias en un entorno de vigilancia médica, debido a que sus especiales circunstancias no recomiendan la desintoxicación completa, parcial o selectiva a nivel ambulatorio, lo cual implica:

- Valoración e identificación adecuada de los perfiles susceptibles de ser tratados en la UDH.
- Procedimiento de remisión, preparación y acceso de los pacientes al recurso.
- Intervenciones terapéuticas propiamente dichas de desintoxicación en la Unidad.
- Sistema de coordinación entre los profesionales de los servicios que componen el protocolo.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Pacientes con dependencia a cualquier tipo de sustancias, que tras ser estudiada su demanda o valorada la necesidad, son propuestos para incorporarse a dicho recurso, independientemente de la edad, sexo o tipo de adicción. El procedimiento de derivación a la UDH se realiza sólo y exclusivamente desde uno de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, de la red de drogodependencias de Andalucía.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Se consideran las siguientes formas de salida del proceso:

- No incorporación al proceso o abandono voluntario previo al inicio.
- Alta Terapéutica: Se produce cuando se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos propuestos.
- Alta Voluntaria: Se produce cuando el paciente decide abandonar el tratamiento sin finalizar su proceso terapéutico.
- Alta Disciplinaria: Se produce por incumplimiento grave de las Normas de Régimen Interno.
- Alta Derivada: Se produce cuando el paciente es derivado a otros dispositivos antes de

finalizar el tratamiento debido a circunstancias ajenas al paciente y al equipo (familiares, sanitarias o judiciales).

-Alta por cumplimiento parcial de objetivos.

-Éxitus.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

- Vía de urgencia.
- Pacientes con trastornos orgánicos y/o psicopatológicos que revistan mayor gravedad que la desintoxicación propiamente dicha.
- Se recomienda no derivar a pacientes con dosis superior a 80 mgrs. de metadona, en caso de que se plantee desintoxicación de metadona tras un programa de mantenimiento. Los estudios clínicos que se han efectuado concluyen que las pautas de reducción de dosis más alta deben instaurarse lentamente y prolongarse más tiempo. En caso de que la indicación de ingreso sea desintoxicación de otras sustancias y mantenimiento de metadona, no se establece límite de dosis siempre que éstas hagan posible la integración del paciente en las actividades que se desarrollan en la unidad.

6 Responsable del proceso.

La responsabilidad de los diversos intervinientes en el proceso, implica efectuar una distinción según fase del proceso:

Terapeuta de referencia del CTA responsable del estudio del caso, derivación del mismo y posterior seguimiento.

Profesionales de la ASSDA, responsables de la gestión administrativa del acceso a la Unidad.

Profesionales de la Unidad, responsables directos de la estancia y tratamiento dentro del recurso.

7 Observaciones.

En estos momentos sólo se dispone de 11 plazas de UDH en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Al final de 2015, se contaba con un total de 19 plazas: Hospital Punta Europa (Algeciras), 6; Hospital Virgen de las Nieves (Granada) 5, y 8 nuevas plazas en el Hospital de San Lázaro de Sevilla, estando cerrada a fecha de agosto de 2016 esta última. Aunque como norma general cada provincia tiene asignada su UDH, existe la flexibilidad de ingresar en otra unidad, previa valoración de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencias (ASSDA), en función de las necesidades detectadas.

- El Protocolo de Derivación deberá tener cumplimentado las siguientes pruebas analíticas, las cuales no deberán exceder los seis meses, excepto en el caso de VIH+. El despistaje de la TBC no debe exceder los tres meses de antigüedad.

Sangre:

- Hemograma completo y VSG.
- Glucemia basal.
- Fosfatasa Alcalina.
- G.O.P. y G.P.T.
- T. de protombina y bilirrubina.
- G.G.T.
- Marcadores serológicos de V.I.H y la Hepatitis B y C.

(Éstos últimos, en caso de ser positivos, pueden ser más antiguos de tres meses)

Orina: (No obligatorio)

- Densidad.
- Sedimentos.
- Otros:
- Serología de Lues. (No obligatorio)
- Estudio TBC
- Prueba de embarazo (obligatorio)

Así mismo, se adjuntará cualquier otra prueba clínica que se haya efectuado al paciente (EEG, ECG, RX, Ecografía, etc.).

- Los casos de mujeres embarazadas y de menores, tendrán prioridad en el ingreso. No está indicada la desintoxicación de mujeres embarazadas a partir del cuarto mes.

Ninguna embarazada debiera desintoxicarse en un ámbito que no fuera el hospitalario. En el caso de que la dependencia fuera a heroína, la indicación debiera ser mantenimiento con metadona durante toda la gestación, no obstante, de insistir la paciente en la desintoxicación ésta debe efectuarse antes de sobrepasar el cuarto mes. Un menor dependiente a drogas o que abusa de múltiples sustancias, debiera preferentemente desintoxicarse en UDH, dada la ausencia de límites a nivel familiar, que suele acompañar siempre el trastorno por uso de sustancias a edades tempranas.

- El tiempo de estancia lo determinará el objetivo por el que se haya indicado el ingreso en la unidad. A la recepción del paciente en la UDH, previo al ingreso, será firmado el "Consentimiento Informado", por el cual el paciente se compromete a cumplir unas normas de comportamiento y realizar una serie de actividades. El incumplimiento de estas normas supone el alta inmediata de la unidad, puesto que el ingreso debe ser en cualquier caso voluntario.

8 Destinatarios del proceso.

- Personas con adicciones que tengan una historia de fracasos repetidos en desintoxicación ambulatoria o domiciliaria.
- Personas con adicciones con marcadas implicaciones psicosociales, y en especial desarraigo familiar y social que imposibilite el control del tratamiento ambulatorio o domiciliario.
- Habitar en núcleo social de alto riesgo que impida el mínimo aislamiento necesario para realizar el tratamiento.
- Nivel socioeconómico bajo que impida obtener los cuidados complementarios al tratamiento médico.
- Existencia de consumidores en el núcleo familiar.
- Pacientes con trastornos médicos orgánicos o psicopatológicos que hacen que la desintoxicación en un contexto ambulatorio sea poco segura.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Análisis de la demanda/propuesta de derivación a la UDH.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Valora grado de adecuación de la propuesta de ingreso a la UDH. -Informa sobre las características	-Facilita documentación escrita sobre el recurso que se ubica en Sipasda. -Incrementa motivación para el

	del recurso. -Gestiona solicitud de pruebas complementarias.	ingreso, o valora alternativas. -La solicitud de pruebas diagnósticas médicas se realizarán por la figura del médico del centro, para lo cual se podrán establecer interconsultas médicas para estas gestiones.
--	---	--

- Remisión del Protocolo y preparación para el acceso a la UDH.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Cumplimenta y remite protocolo. -Prepara para el ingreso en el recurso al paciente.	-Asegura una correcta cumplimentación del protocolo que debe remitirse telemáticamente a través del Sipasda. -Garantiza que el apartado observaciones se recoge los datos sobre: motivación de la derivación, aspectos psicológicos y sociales de especial interés. -Garantiza que se especifica si se precisan desintoxicaciones selectivas. -Asegura el envío de las analíticas correspondientes según plazos fijados. -Garantiza que desde el envío del protocolo hasta su ingreso, el paciente dispone de al menos de una cita mensual. -Registra datos en HC.

- Gestión del ingreso por la ASSDA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la ASSDA.	-Recepciona y realiza control de calidad del protocolo -Gestiona el ingreso.	-Asegura calidad de la información según criterios establecidos. -Asigna UDH y coloca en la correspondiente lista en espera del ingreso. Ante determinadas circunstancias se aplicará la Admisión Aplazada. -Remite protocolo a la UDH correspondiente.

- Intervenciones propias de la UDH.

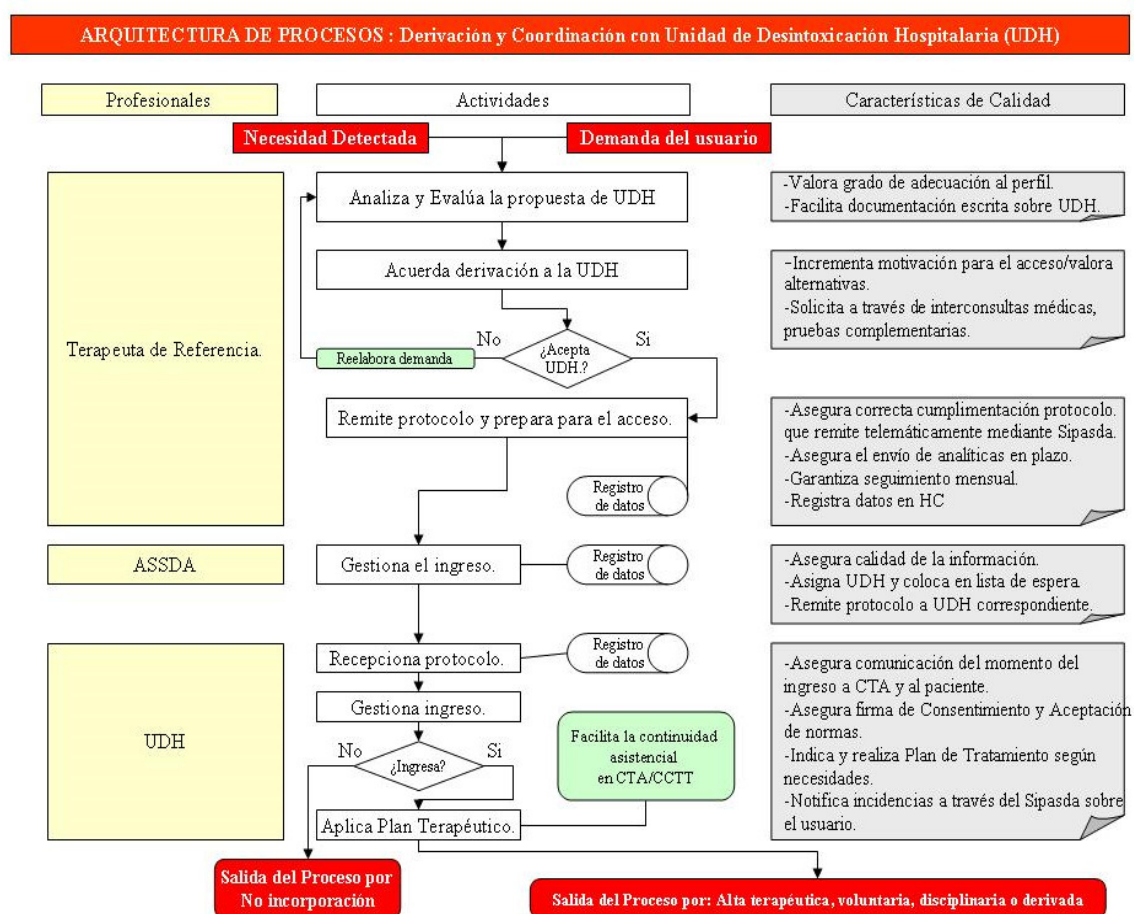
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la UDH.	-Recepciona protocolo del usuario. -Gestiona el ingreso. -Lleva a cabo intervenciones médico-sanitarias. -Informa de las incidencias de la estancia al CTA.	-Asegura comunicación anticipada de la fecha y hora del ingreso vía telefónica u otros medios, tanto al interesado como al CTA. -Asegura en la recepción la firma del Consentimiento Informado y da a conocer Normas de R.I, así como el control de sustancias. -Establece y lleva a cabo plan individualizado de tratamiento. -Notifica en el Sipasda las incidencias

		de ingreso y alta (si es disciplinaria o voluntaria indica los motivos de la misma) del paciente, quedando esta información disponible para los CTA y la ASSDA en el histórico de la persona usuaria. -Asegura la continuidad asistencial motivando al usuario para la vuelta al CTA o a una CCTT, si previamente estuviera organizado.
--	--	---

10 Componentes del proceso.

- Centros de Tratamiento del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- ASSDA.
- Unidades de Desintoxicación Hospitalarias.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

La relación de indicadores del proceso que actualmente recoge el Sipasda son los siguientes:

- Media de estancia (en días) según tipología de alta.
- Media de estancia (en días) según tipología de alta (Fecha Alta).
- Nº y porcentaje de altas según Recurso y Tipología.
- Nº y porcentaje de ingresos según tipo de adicción.

- Nº y porcentaje de ingresos según tramos de edad.
- Nº y porcentaje de ingresos según provincia de procedencia del CTA.
- Nº y porcentaje de ingresos según VIH.
- Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta.
- Nº y porcentaje de renunciaciones (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tipo de adicción.
- Nº y porcentaje de renunciaciones (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tramos de edad.
- Nº y porcentaje de renunciaciones (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según provincia de procedencia del CTA.
- Nº Renunciaciones total.
- Nº Ingresos según centro derivador.
- Nº Renunciaciones e Ingresos de protocolos enviados en un periodo.
- Nº de Derivaciones en un periodo.
- Listado de pacientes que inician/reinician entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- Listado de pacientes que finalizan el tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- Listado de pacientes que se mantienen en tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- INDICADORES SEGÚN UDH
 - Índice de Ocupación según Recurso (a día de hoy).
 - Índice de Ocupación según Recurso (entre fechas).
 - Media de estancia (en días) según tipología de altas.
 - Media de estancia (en días) según tipología de alta (Fecha Alta)
 - Nº y porcentaje de altas según Recurso y Tipología.
 - Nº y porcentaje de ingresos según tipo de adicción.
 - Nº y porcentaje de ingresos según tramos de edad.
 - Nº y porcentaje de ingresos según provincia de procedencia del CTA.
 - Nº y porcentaje de ingresos según VIH.
 - Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta.
 - Nº y porcentaje de renunciaciones (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tipo de adicción.
 - Nº y porcentaje de renunciaciones (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tramos de edad.
 - Nº y porcentaje de renunciaciones (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según provincia de procedencia del CTA.
 - Nº Personas activas en periodo.
 - Nº Personas activas en periodo según droga principal.

13 Anexos.

Toda la información, protocolos y demás información adicional sobre este programa, está ubicado en el Sipasda en los apartados del menú principal: Documentos y Protocolos.

Información para el ingreso en UDH.

Protocolo de Derivación a UDH.

Vínculo al Programa de Intervención en UDH, editado por la Junta de Andalucía en 2006.
http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/PROGRAMA_DE_INTERVENCION_EN_UDH/PROGRAMA_INTERVENCION_UDH_2006.pdf

Protocolo de Derivación y Coordinación con las Comunidades Terapéuticas (CCTT).

1 Generalidades sobre el proceso de intervención asistencial.

Las Comunidades Terapéuticas son un recurso especializado integrado en la Red de Atención a las Drogodependencias desde la creación del I Plan Andaluz sobre Drogas en el año 1987. Esta Red tiene una estructura específica, a caballo entre la Red Sanitaria y la de Servicios Sociales, la cual surge inicialmente para atender a una población de adictos a opiáceos principalmente, siendo en el año 1995 cuando se abren a la atención a otros tipos de drogas. En este año además se avanza en relación al aumento de plazas, diversificación de programas, oferta específica para pacientes con patología dual, etc.

Actualmente se dispone de 18 Comunidades Terapéuticas en Andalucía integradas en la red asistencial, las cuales cuentan con un total de 479 plazas. De las 18 CCTT, 2 son de titularidad de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, 6 son gestionadas por la Agencia de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia (ASSDA) y el resto se articulan a través de convenios entre la Consejería de Asuntos Sociales y entidades o asociaciones debidamente acreditadas para la actividad asistencial con personas con problemas de adicción, siendo la distribución de las plazas de la siguiente forma:

Comunidad Terapéutica	Provincia	Plazas	Titularidad
Nuevo Rumbo	Almería	10	Concertada
Noesso	Almería	10	Concertada
La Línea	Cádiz	28	ASSDA
Tarifa	Cádiz	52	ASSDA
Girasol	Cádiz	24	Concertada
Manantial	Cádiz	20	Concertada
Arco Iris Hombre	Córdoba	12	Concertada
Arco iris Mujer	Córdoba	17	Concertada
Buenos Aires	Granada	25	CIBS
Almonte	Huelva	46	ASSDA
Cartaya	Huelva	49	ASSDA
Lopera	Jaén	24	CIBS
Mijas	Málaga	32	ASSDA
Jomad	Málaga	4	Concertada
Arpon	Málaga	10	Concertada
Los Palacios	Sevilla	57	ASSDA
Poveda	Sevilla	26	Concertada
Nuestra Sra. de la Asunción	Jaén	3	Concertada
P. Hombre	Jerez, Córdoba, Huelva, Málaga y Sevilla	30	Concertadas
Total		479	

Todas las comunidades deben estar **inscritas** en el Registro de Centros de la Consejería de Asuntos Sociales de acuerdo a lo establecido en el Decreto 87/1996 por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía (modificado por Decreto 102/2000, de 15 de marzo), requiriendo además la Autorización de la Consejería de Salud. Asimismo deben estar **acreditadas** en base a la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regula la acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes: esto supone una garantía y responsabilidad pública en relación a la calidad de la atención prestada ya que se regulan, entre otros, los requisitos que deben cumplir los centros. Dicha Orden será modificada próximamente, en la cual se especificarán las condiciones de calidad materiales y funcionales de acreditación de los centros de atención a drogodependientes y serán concretados aspectos como el personal técnico, la ratio técnico/paciente y los programas terapéuticos, entre otros.

2 Definición funcional.

Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a las personas usuarias con problemas de adicción, una asistencia específica en lo referente a desintoxicación de sustancias, deshabituación y tratamientos sustitutivos en un entorno controlado, lo cual implica:

- Valoración e identificación adecuada de los perfiles susceptibles de ser tratados en las CCTT.
- Procedimiento de remisión, preparación y acceso de los pacientes al recurso.
- Intervenciones terapéuticas propiamente dichas en los recursos en relación a las áreas sanitaria, psicológica, educativo-ocupacional y social.
- Sistema de coordinación entre los profesionales de los servicios que componen el protocolo.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

- Pacientes con cualquier tipo de adicción, que tras ser estudiada su demanda o valorada la necesidad, son propuestos para incorporarse a dichos recursos, independientemente de la edad, sexo o tipo de adicción y que manifiesten voluntariedad en la realización del tratamiento (excepto en los casos en los que haya una imposición judicial). El procedimiento de derivación a las CCTT se realiza sólo y exclusivamente desde uno de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, de la red de drogodependencias de Andalucía.
- Pacientes, que tras haber realizado un tratamiento en alguna de las CCTT, solicitan reingresar inmediatamente, tras haber tenido una recaída, en los tres meses siguientes a su salida de comunidad por alta terapéutica. Este procedimiento de acceso necesita del consenso entre el terapeuta de referencia del CTA y el de la CT.

Atendiendo al perfil del usuario se dan una serie de situaciones especiales, como son mujeres embarazadas o con hijos, parejas en tratamiento en comunidad, pacientes con indicación de Programa de Tratamiento con Metadona (PTM) que demandan desintoxicación y pacientes con patología dual, que requieren una actuación adaptada a sus necesidades. Se llevarán a cabo programas específicos con estos usuarios, en las comunidades adaptadas a estos perfiles. Además de los criterios generales establecidos en los puntos anteriores, en estos casos específicos, sólo se admitirán a los siguientes casos:

- Mujeres embarazadas:
 - En primer trimestre de embarazo o inicio del segundo (en el cuarto mes de gestación).
 - Es necesario una copia de la cartilla maternal actualizada o informe de la revisión ginecológica
- Mujeres con hijos:
 - Siempre y cuando los niños/as tengan una edad comprendida entre cero y tres años.
 - El número de hijos en el programa será de un máximo de dos.
 - Copia del calendario vacunal actualizado.
 - Cartilla de revisión del niño sano, o en su defecto, informe del pediatra especificando enfermedades que ha pasado y estado actual de salud.
- Parejas en tratamiento en comunidad:
 - Que realicen su demanda en pareja.
 - Casadas o de hecho reconocidas como tal por su entorno y por el centro emisor con un mínimo de seguimiento en el mismo.
 - Que exista una definición de objetivos por parte del centro derivador.
 - Con una evaluación de comorbilidades somáticas y/o psiquiátricas y de problemas sociales tanto individuales como de pareja que se pudiesen presentar y que necesitasen de un abordaje previo a la entrada en comunidad.
- Pacientes con indicación de PTM y que demandan desintoxicación:

- Que la desintoxicación no pueda suponer una desestabilización de su patología psiquiátrica u orgánica.
- Que hayan tolerado los ajustes de su dosis de metadona y del resto de medicación que estuviera tomando en el ingreso (automedicación).
- Con buena adherencia al Programa Terapéutico y a la dinámica del centro.
- Que no consuman drogas durante su primera salida terapéutica, además de la consecución de gran parte de los objetivos planificados para la misma.
- Pacientes con patología dual:
 - En relación a los pacientes con patología dual recientemente se ha elaborado un "Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias" donde se contempla el procedimiento a seguir, estudio previo, derivación a la red correspondiente y actuación en caso de complicación psicopatológica.
- Menores:
 - Firma por parte de los padres/tutores del menor de autorización de ingreso en CT y declaración expresa responsable (ambos en el Sipasda)

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Se consideran las siguientes formas de salida del proceso:

- No incorporación al proceso o abandono voluntario previo al inicio.
- Alta Terapéutica.
- Alta por cumplimiento parcial de objetivos.
- Alta Derivada.
- Alta Voluntaria.
- Alta Disciplinaria.
- Éxitus o fallecimiento.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

- Vía de urgencia.
- Padecer enfermedades infecciosas en fase aguda.
- Presentar minusvalía física que le imposibilite su autonomía.
- Presentar trastorno psíquico severo que le imposibilite la integración en el programa y la relación con compañeros y equipos.

6 Responsable del proceso.

La responsabilidad de los diversos intervinientes en el proceso, implica efectuar una distinción según fase del proceso:

Terapeuta de referencia del CTA responsable del estudio del caso, derivación del mismo y posterior seguimiento.

Profesionales de la ASSDA, responsables de la gestión administrativa del acceso a la Unidad.

Profesionales de las Comunidades Terapéuticas, responsables directos de la estancia y tratamiento dentro del recurso.

7 Observaciones.

- Datos de las Comunidades Terapéuticas disponibles.

**Centro Regional de Rehabilitación de Drogodependientes de Lopera.
(24 PLAZAS) para deshabituación. (CIBS)**

Dirección completa: Carretera Lopera-Arjona Km 5.
Apdo. de Correos nº 56. 23780 Lopera (JAÉN)
Tfno.: 953- 122476 y 953-122407.
Fax: 953-122476
Email:
Responsable Dirección: José Durán Moreno
Responsable contacto con CTA: José Durán Moreno
Perfil más adecuado: Drogodependiente de Heroína-Cocaína-Alcohol, varón, desintoxicado.

**Centro Regional de Rehabilitación de Drogodependientes "Buenos Aires".
(25 PLAZAS) para deshabituación. (CIBS)**

Dirección completa: 18182 El Fargue (GRANADA)
Tfno.: 958-340225 y 958-340401.
Fax: 958-894684
Email: cortijo.cibs@juntadeandalucia.es
Responsable Dirección: Amelia Matute López
Responsable contacto con CTA: Amelia Matute López
Perfil más adecuado: Varón mayor de edad, politoxicómano y abstinentes a Heroína -Cocaína-Alcohol.

**Comunidad Terapéutica "Girasol". (Concertada)
(24 plazas)**

Dirección completa: Ctra. Arcos-El Bosque Km. 5.
1630 Arcos de la Ftra. (Cádiz)
Tfno.: 956-702261 y 956-231569
Fax: 956-231003
Email: info@girasolfundacion.es
Responsable Dirección: Carmen Fernández Cabrera
Responsable contacto con CTA: Carmen Fernández Cabrera
Perfil más adecuado: Varón, mayor de edad, politoxicómano (metadona, heroína, cocaína) y sin patología psiquiátrica aguda/o patología estabilizada. Existen plazas para pacientes en Programa de Mantenimiento o Desintoxicación con Metadona.
Los Pacientes con dependencia alcohólica deben venir ya desintoxicados.

**Comunidad Terapéutica "La Muela".Asociación Arco Iris.
(17 plazas) Mujeres. (Concertada)**

Dirección completa: Variante Este de Montalbán Km 24,5.
14548 Montilla. Córdoba
Tfno.: 957-476847(sede Arco Iris) y
957 33 83 74. Fax: 957-476222
Email: arcoiris@fundacionarcoiris.org
www.fundacionarcoiris.org
Responsable Dirección: Alfonso Fernández Zamorano.

Responsable contacto con CTA: Ricardo Chacón Villafranca
Perfil más adecuado: Mujer con decisión de incluirse en un programa libre de drogas de estancia media-larga y con posibilidad de que la familia desempeñe un papel activo en el tratamiento. (Heroína-Cocaína-Alcohol). No se desintoxica de Alcohol. Se hace tratamiento con metadona.
Observaciones: La admisión se hace previamente en la sede de Arco Iris en la calle Torre de San Nicolás, 6. 14003 Córdoba.
 Tfno.: 957-476847 y fax: 957 476222
 Debe venir acompañado por un familiar.

**Comunidad Terapéutica "Vado de los Bueyes". Asociación Arco Iris.
 (12 plazas) Hombres (Concertada)**

Dirección completa: Ctra. Benamejé-Jauja. Camino Jurado. Km.9.- 14900 Lucena. Córdoba
 957-530925. Fax: 957-476222
 Email: arcoiris@fundacionarcoiris.org
www.fundacionarcoiris.org
Responsable Dirección: Alfonso Fernández Zamorano
Responsable contacto con CTA: Fernando Izquierdo Reina
Perfil más adecuado: Hombre con decisión de incluirse en un programa libre de drogas de estancia media-larga y con posibilidad de que la familia desempeñe un papel activo en el tratamiento. (Heroína-Cocaína-Alcohol). No se desintoxica de alcohol. Se realiza tratamiento con metadona.
Observaciones: La admisión se hace previamente en la sede de Arco Iris en la calle Torre de San Nicolás, 6. 14003 Córdoba.
 Tfno.: 957-476847 y fax: 957 476222.
 Debe venir acompañado por un familiar.

**Comunidad Terapéutica " Manantial". Asociación ACAT.
 (20 plazas) (Concertada)**

Dirección completa: Finca el Romeral. 11350 Pueblo Nuevo de Castellar. (Cádiz)
 Teléfono:956-236467
 Email: ctmanantial@ono.com
Responsable Dirección: Carmen Bertiz Martín
Responsable contacto con CTA: Carmen Bertiz Martín
Perfil más adecuado: Pacientes con trastornos del control de los impulsos, varón, mayor de edad, politoxicómano. (Heroína-Cocaína- Alcohol). Se realizan desintoxicaciones de metadona y del resto de sustancias.
Observaciones: La admisión se realiza en el centro de Admisiones ubicado en Algeciras (Centro Acogida: Avda. del Carmen nº 79)
 11202 Algeciras (CADIZ).Tfno.: 956-653108, Fax: 956-632211) recomendándose que venga acompañado de familiar responsable.

**Comunidad Terapéutica " Poveda".
 (26 plazas) (Concertada)**

Dirección completa: Vereda de la Camorra, s/n
 41510 Mairena del Alcor. SEVILLA.
 Tfno.: 954 278342
 Email: asocipoveda@auna.com
Responsable Dirección: Inmaculada Magdaleno García
Responsable contacto con CTA: Inmaculada Magdaleno García
Enfoque terapéutico Cognitivo conductual y sistémico.

predominante:
Perfil más adecuado: Politoxicómanos y alcohólicos, adultos de ambos sexos, no necesariamente desintoxicados. Se aceptan patologías duales. (Heroína-Cocaína-Alcohol).
Observaciones: La admisión se producirá en el Centro de acogida en c/ Montecarmelo 10, 1º A. 41011 Sevilla. Tfno.: 954.282030 y 954.278342, acompañado de familiar, antes de los 11,00 h de la mañana.

**Comunidad Terapéutica " La Milagrosa".Asociación Nuevo Rumbo.
 (10 plazas)**

Dirección completa: Paraje del Búho s/n.
 Atochares. 04113 Nijar. ALMERIA
 Tfno.: 950-525786
 Email: nuevorumbo@nuevorumbo.e.telefonica.net

Responsable Dirección: Miguel García Bonachera
Responsable contacto con CTA: Mª Teresa Carmona

Perfil más adecuado: Politoxicómano, varón, sin afección psiquiátrica activa no necesariamente desintoxicado. (Heroína-Cocaína-Alcohol).

Observaciones: La admisión se producirá antes de las 12,00 h en el Centro de Acogida: c/ Sor Policarpa, 17, 2º 04005 Almería.
 Tfno.: 950-276099 y Fax: 950 259750.
 Se aconseja ir acompañado de la familia, estando a cargo del paciente el traslado desde el centro de acogida a la CT.

**Comunidad Terapéutica " Las Lomas" JOMAD.
 (4 plazas) (Concertada)**

Dirección completa: Antigua Ctra. Casa Bermeja km. 20
 21150 Almogía. MÁLAGA.
 Tfno.: 952 110627.
 Email: asociación@jomad.e.telefonica.net

Responsable Dirección: Raquel Llorente Garrido
Responsable contacto con CTA: Ana Lourdes Ramírez Becerra

Perfil más adecuado: Varones y mujeres adultos, con o sin patología psiquiátrica asociada y no necesariamente desintoxicado. (Heroína-Cocaína-Alcohol)

Observaciones: La admisión se realiza en el Centro de acogida en la calle Altozano 1 y 3, 29013 Málaga. Teléfono y Fax: 650291.
 Debe venir acompañado por familiar. Desde el centro de acogida a la CT es trasladado por responsables de la asociación.

**Comunidad Terapéutica "NOESSO". Laujar de Andarax. Almería.
 (10 plazas) (Concertada)**

Dirección completa: Cortijo de la Quinta. 04470 Laujar de Andarax. Almería.
 Teléfono 950 555335.

Responsable Dirección: José Luis Valverde Ferre
Responsable contacto con CTA: Miguel Martín Medina

Perfil más adecuado: Varones adultos por cualquier trastorno adictivo. Se hacen desintoxicaciones de cualquier sustancia, incluida la metadona

Observaciones: La admisión se realiza en el Centro de Acogida calle Alcalá, 35 (Barrio de las Cabañuelas), Puebla de Vúcar. Tfno.: 950 555535

**Comunidad Terapéutica "ARPOM". Álora. Málaga.
(10 plazas) (Concertada)**

Dirección completa: Camino de la Vega la Redonda s/n. Álora. Málaga.
Tfno. Y Fax: 952 49 60 19
(Sede Málaga 952 301668
Fax: 952 64 11 07).
Email: arponts@arpon.org

Responsable Dirección: Lidia Rodríguez Herrera
Responsable contacto con CTA: Lidia Rodríguez Herrera
Perfil más adecuado: Varón adulto por dependencia a cualquier sustancia. Los pacientes con patologías duales con deben de estar estabilizados y conservar capacidad suficiente para la realización de actividades de integración en grupo.
Cocaína y alcohol. Se realiza P.T.M. así como desintoxicaciones de las distintas sustancias.

Observaciones: La admisión se produce directamente en la CT.
Si el paciente está en PTM, derivar previamente al CTA de Álora.
Aportar medicación en el caso de ser necesaria, al menos para el primer mes.

**Comunidad Terapéutica "Nuestra Señora de la Asunción". Alcaudete. Jaén.
(3 plazas) (Concertada)**

Dirección completa: Ctra. Villabajo. Alcaudete. Jaén. Tfno.: 953 12 31 51

Responsable Dirección: Miriam Fuertes Santos
Responsable contacto con CTA: Miriam Fuertes Santos
Perfil más adecuado: Mixta y todo tipo de adicciones. Se realiza P.T.M. así como desintoxicaciones de las distintas sustancias.

**Centro ASSDA Los Palacios.
(Nº DE PLAZAS 57) (Pública)**

Dirección completa: Ctra. del Monte Km 4. Apdo. de Correos nº 98. 41720 Los Palacios y Villafranca. (SEVILLA)
Tfno.: 95-5139236 y Fax: 95-5898394
671 592 364 y 671 599 495
Email: ramona.uceda@juntadeandalucia.es

Responsable Dirección: Ramona Uceda Doñoro
Responsable contacto con CTA: Begoña Apraiz Granados

**Centro ASSDA Tarifa.
(Nº DE PLAZAS 52) (Pública)**

Dirección completa: Ctra. Nac. 340. Km 71. Apdo. Correos 71. 11380 Tarifa. (CÁDIZ)
Tfno.: 956-236491 y 956 236993
Fax: 956-236511
Email: maria.fernandezrepeto@juntadeandalucia.es

Responsable Dirección: María Fernández Repeto Guilloto
Responsable contacto con CTA: Isabel Vidal-Abarca González

**Centro ASSDA Almonte.
(Nº DE PLAZAS 46) (Pública)**

Dirección completa: Ctra. Los Cabezuelos , Km. 23. 21730 Almonte. (HUELVA). Apdo. Correos 68

Tfno.: 959-506169 Fax: 959-506173
Email: francisca.coronel@juntadeandalucia.es

Responsable Dirección: Francisca Coronel Valladolid

Responsable contacto con CTA: Azucena León Gerona
Centro ASSDA Cartaya.
(Nº DE PLAZAS 49) (Pública)

Dirección completa: Carretera Nac. 431. Km 107. Finca Valle Salado. 21450
Cartaya (HUELVA).
Apdo. Correos 99
Tfno.: 671599680 y 671599501 y Fax: 969-504649
Email: manuel.b.zamorano@juntadeandalucia.es

Responsable Dirección: Manuel Benítez Zamorano
Responsable contacto con CTA: Joaquina Toscano Ramos
Centro FADAIS Mijas.
(Nº DE PLAZAS 32) (Pública)

Dirección completa: Casa de los Forestales. Cerro del Pulpito. Entrerrios.
29650 Mijas. (MÁLAGA)
Tfno.: 952-119131 y Fax: 952-119133.
Email: ana.m.bedoya@juntadeandalucia.es

Responsable Dirección: Ana Marín Bedoya
Responsable contacto con CTA: Tania Conejero Pérez
Centro FADAIS La Línea
(Nº DE PLAZAS 28) (Pública)

Dirección completa: Av. de España. Torre 96-98. La Línea de La Concepción.
(Cádiz).
Tfno.: 956 175577 y Fax:
Email: juana.martín.esteban@juntadeandalucia.es

Responsable Dirección: Juana Martín Esteban
Responsable contacto con CTA: Ana Belén Blanco González

Perfiles más adecuados según CCTT: Las CCTT de Almonte y Mijas admiten perfiles específicos para transexuales, mujeres embarazadas y o con hijos y parejas. También admiten menores de sexo femenino.

Las CCTT de Tarifa, Cartaya, La Línea y Los Palacios son EXCLUSIVAS de varones, incluido menores varones, el resto son mixtas

Se atiende cualquier trastorno adictivo por cualquier sustancia y se realiza Tratamiento con Metadona,

Los menores se adscriben a las distintas CCTT según sean mixtas o exclusiva de hombres y atendiendo a la cercanía geográfica.

▪ Pruebas Analíticas

El Protocolo de Derivación deberá tener cumplimentado las siguientes pruebas analíticas, las cuales no deberán exceder los seis meses, excepto en el caso de VIH+. El despistaje de la TBC no debe exceder los tres meses de antigüedad.

Sangre:

- Hemograma completo y VSG.
- Glucemia basal.

- Fosfatasa Alcalina.
- G.O.P. y G.P.T.
- T. de protombina y bilirrubina.
- G.G.T.
- Marcadores serológicos de V.I.H y la Hepatitis B y C.

(Éstos últimos, en caso de ser positivos, pueden ser más antiguos de tres meses)

Orina: (No obligatorio)

- Densidad.
- Sedimentos.

Otros:

- Serología de Lúes. (No obligatorio)
- Estudio TBC

Así mismo, se adjuntará cualquier otra prueba clínica que se haya efectuado al paciente (EEG, ECG, RX, Ecografía, etc.).

Hay que tener en cuenta que en los pacientes VIH+, sólo se admitirán pruebas diagnósticas de TBC, con una fecha no superior a tres meses. Así mismo deberá aportarse el resultado de las baciloscopias y fotocopias del informe de la Radiografía de Tórax.

En protocolos de mujeres se exigirá un test de embarazo reciente, aconsejándose la insistencia en la búsqueda de posibles enfermedades de transmisión sexual.

Las analíticas tienen una vigencia de seis meses, excepto en el caso de los VIH (+) que son tres meses para el despistaje de la TBC, que es necesaria tanto la baciloscopia como la radiografía de tórax.

▪ Otras Observaciones

- En el caso de menores en protección o con medidas judiciales, se deberá seguir el procedimiento establecido para el resto de los casos. Durante su estancia en la CT el director de la misma asume la guarda del menor hasta su salida por algún tipo de alta o fuga. Esta última circunstancia debe ser comunicada a la Delegación de Asuntos Sociales, o al Juzgado, que derivó al menor, así como al CTA que tramitó el protocolo de ingreso.
- En el caso de pacientes derivados por Instituciones Penitenciarias, se aconseja que no superen, en una misma CT, el 20% de los ingresados para evitar situaciones de conflictividad en la dinámica interna de la comunidad. En aquellos casos derivados por Orden Judicial, existe obligación expresa de proceder al ingreso aunque, por parte del organismo receptor de la Orden, se informará al Juzgado de las características del recurso y del procedimiento ordinario de ingreso.
- Las salidas de la CT, que tienen un objetivo terapéutico incluido en el programa, tendrán una duración total de entre 30 y 40 días, repartidos durante su estancia en la comunidad, en función del criterio del equipo terapéutico y de las características del paciente. Dichas salidas se comunicarán de forma telemática a través del Sipasda, con la antelación suficiente para que se pueda incluir en el seguimiento que lleve el terapeuta de referencia.
- El proceso de asignación de los protocolos de la Lista de Espera a las CT se realizará según las plazas que vayan quedando vacantes en cada CT, atendiendo al perfil de la persona usuaria.
- Las comunidades deberán enviar, a los CTA derivadores, un informe de seguimiento a los dos meses de su estancia en comunidad y un informe de alta

(independientemente del tipo de alta), que será enviado por el sistema de información y quedará en el histórico del paciente en un tiempo no superior a 10 días después de que se produzca el alta.

- Los pacientes, que sean alta terapéutica, y que tengan una recaída en los tres meses posteriores al alta, podrán reingresar, por indicación de su terapeuta de referencia, en la primera plaza vacante, según su perfil, de la misma CT. En este caso se deberá enviar un protocolo PIR: programa de intervención en recaídas donde se incluyan las causas de la recaída y los objetivos a conseguir. El período de estancia en la CT será corto con una intervención puntual en la recaída.
- Si el alta fue voluntaria o disciplinaria, podrá reingresar en esa u otra CT, iniciándose de nuevo el procedimiento. En las altas derivadas el reingreso se producirá en la primera plaza vacante que haya, una vez finalizadas las circunstancias que motivaron la salida, siendo ocupada la plaza que deja por el siguiente paciente de la lista de espera.
- Los pacientes que ocupen plaza privada en las CT con convenio con la Junta de Andalucía, no podrán acceder a una plaza concertada, sin pasar por el circuito anteriormente descrito.

8 Destinatarios del proceso.

- Personas con adicciones que tengan especiales dificultades para mantener la abstinencia durante en régimen ambulatorio, motivarse para el abandono del consumo y romper con el medio donde se desarrolla su adicción.
- Problemática familiar y/o social que impida la realización del tratamiento a nivel ambulatorio.
- Historia de fracasos repetidos a nivel ambulatorio.
- Situaciones de alto riesgo como puede ser el consumo de drogas por la pareja u otro miembro familiar, u otras situaciones que exijan separar al paciente de su medio habitual para adquirir pautas de comportamiento socialmente adaptadas e incompatibles con la conducta de consumo.
- Abordaje puntual de un área conflictiva identificada como factor desencadenante o mantenedor del consumo.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Análisis de la demanda/propuesta de derivación a CCTT.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Valora grado de idoneidad de la propuesta de inclusión en la CCTT. -Informa sobre las características del recurso. -Gestiona solicitud de pruebas complementarias.	-Garantiza información al usuario amplia y detallada del recurso. -Facilita documentación escrita sobre el recurso (ver anexo). -Recaba autorización para ingreso (en caso de menores) (ver anexo) -Incrementa motivación para el ingreso, o valora alternativas. - La solicitud de pruebas diagnósticas médicas se realizarán por la figura del médico del centro, para lo cual se

		podrán establecer interconsultas médicas para estas gestiones. -Recaba/solicita informes de salud mental, calendario vacunal, informe ginecológico, etc.
--	--	---

- Remisión del Protocolo y preparación para el acceso a la CT.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Cumplimenta y remite protocolo. -Prepara para el ingreso en el recurso al paciente.	-Asegura una correcta cumplimentación del protocolo que debe remitirse telemáticamente a través del Sipasda. Lo que implica que cada una de las figuras profesionales ha cumplimentado su área correspondiente. ▪ La figura del médico garantiza que se ha cumplimentado la variable 29 (Resumen Anamnesis, Evolución, Exploración, Tratamiento actual y Tratamientos farmacológicos). ▪ La figura del psicólogo garantiza que se ha cumplimentado variable 34. (Antecedentes de tipo psicológico-psiquiátrico tanto personales como en la familia, Hallazgos significativos respecto de su vida afectiva y en general de su curva vital, rasgos de personalidad básicos y vínculos afectivos familiares y resultados de las pruebas diagnósticas administradas, hallazgos más significativos y diagnóstico si lo hubiera). ▪ La figura del T. Social garantiza que se ha cumplimentado la variable 35. (Datos significativos de su hª familiar reciente, descripción de la composición y la dinámica familiar. Relaciones de apoyo, Datos educativos, socioeconómicos y de vivienda, Datos laborales, Situación actual y antecedentes, judiciales y Diagnóstico social si lo hubiere). ▪ El T. de Referencia garantiza la cumplimentación de las variables 38 (Pautas de Intervención Recomendadas) y la 39 (Planteamiento de Trabajo ambulatorio). - Asegurando que todos los pacientes que se deriven a este recurso disponen de las analíticas correspondientes en los plazos de validez fijados y asegurando el envío. -Garantiza que desde el envío del protocolo hasta su ingreso, el paciente dispone de al menos de una cita mensual.

		-Asegura que, previa a la incorporación del paciente a la CT de destino, se ha producido contacto telefónico entre los terapeutas de ambos recursos y se ha confirmado el día del ingreso, una vez que han sido avisados por profesionales de la ASSDA y se ha cumplimentado la actualización de protocolo. -Registra datos en HC.
--	--	---

- Gestión del ingreso por la ASSDA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la ASSDA.	-Recepciona los protocolos de derivación de los drogodependientes remitidos y realiza control de calidad. -Elabora y gestiona las listas de espera para ingreso en Centros según perfiles. -Gestiona ingresos de usuarios a cualquiera de las CCTT disponibles para el perfil.	-Asegura calidad de la información según criterios establecidos, mediante revisión y control de los mismos. -Asigna CCTT y coloca en la correspondiente lista en espera del ingreso. Ante determinadas circunstancias se aplica la admisión aplazada. -Garantiza que el protocolo, una vez que se encuentra en situación de admisión, puede ser visto por la correspondiente CT a la que se le ha propuesto. -Avisa al CTA correspondiente de la fecha y hora de los ingresos con suficiente antelación.

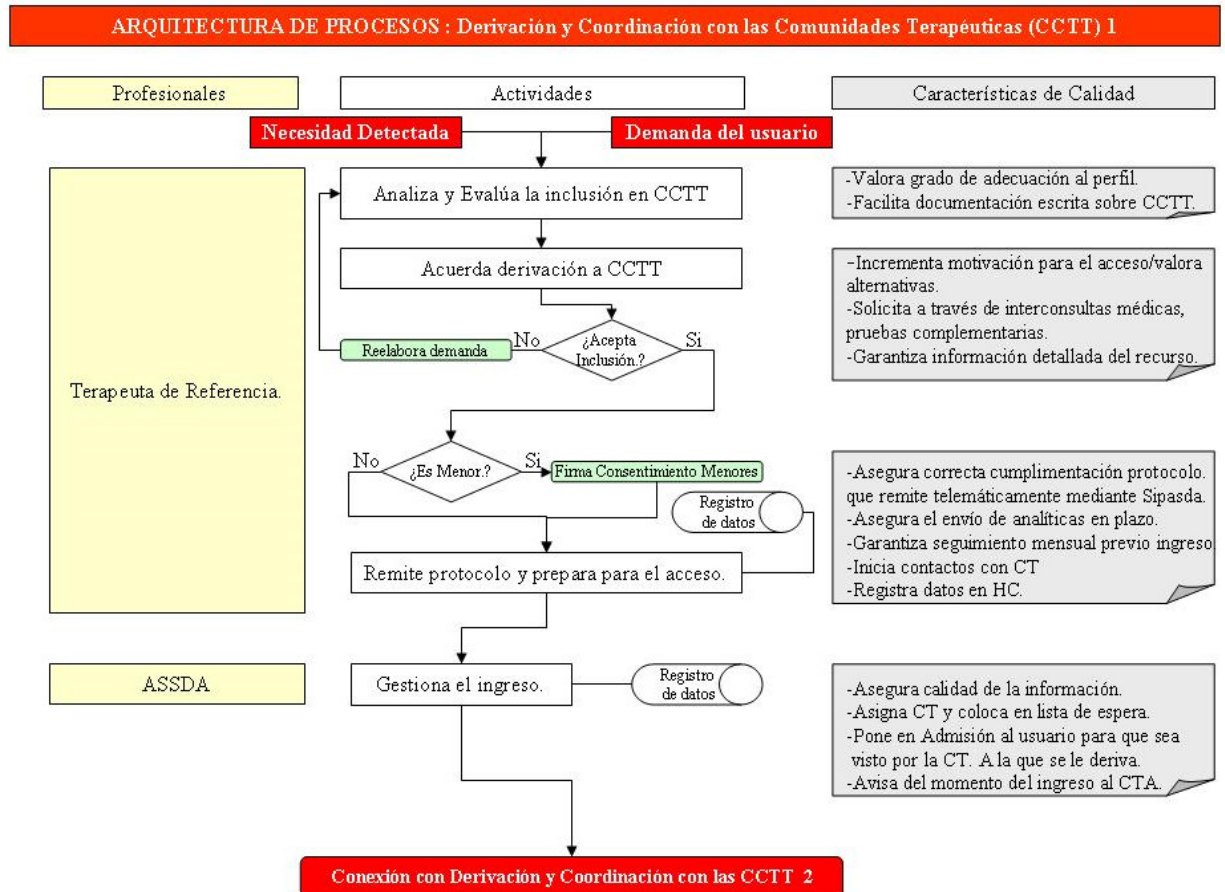
- Intervenciones propias de la CCTT.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la CT.	-Estudia y valora los protocolos de derivación adjudicados. -Gestiona el ingreso. -Lleva a cabo intervenciones derivadas del PTI dentro del recurso. -Notifica incidencias de la estancia del usuario en la CT.	-Acuerda con la ASSDA la fecha y hora del ingreso de los usuarios. -Asegura en la recepción la firma del Consentimiento Informado y da a conocer normas de R.I, así como el control de sustancias. -Establece y lleva a cabo plan individualizado de tratamiento, atendiendo a las actividades que se lleven a cabo en el recurso (Acceder al enlace del Programa de Intervención en CT.) -Realiza informes en el Sipasda accesibles tanto para la CT como para el CTA: De seguimiento a los 2 meses desde el ingreso y de alta (10 días después del alta) según modelos. -Informa al CTA de salidas del usuario, así como otras actividades de seguimiento y coordinación.

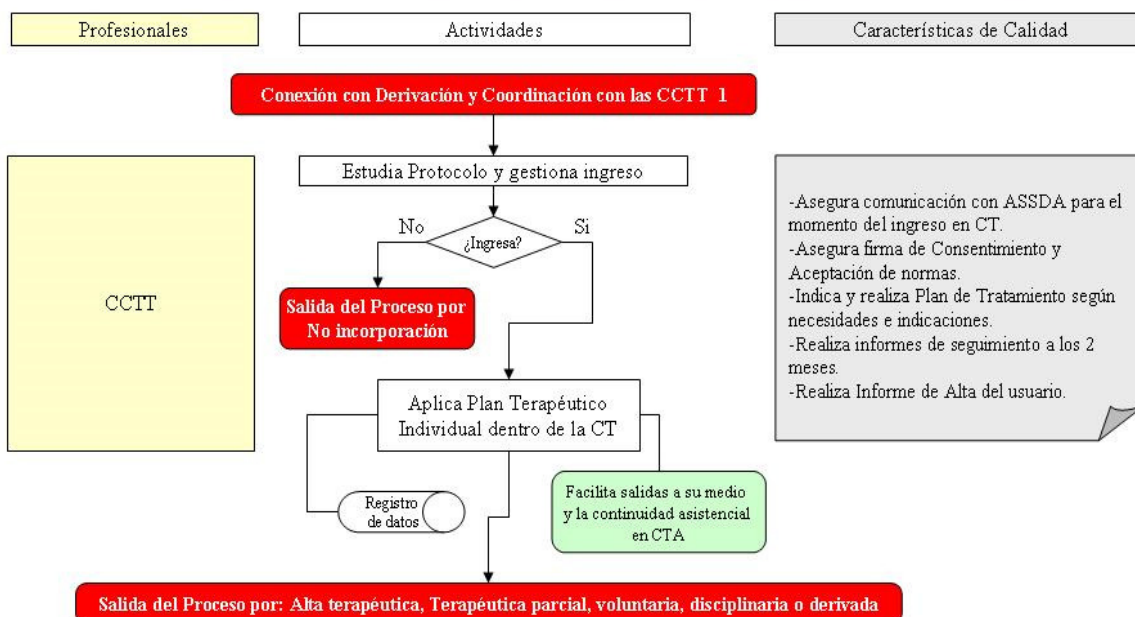
10 Componentes del proceso.

- Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- ASSDA.
- Comunidades Terapéuticas Públicas y Privadas Concertadas.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



ARQUITECTURA DE PROCESOS : Derivación y Coordinación con las Comunidades Terapéuticas (CCTT) 2



12 Indicadores del proceso.

La relación de indicadores del proceso que actualmente recoge el Sipasda son los siguientes:

Según CT de destino y atendiendo al período de tiempo propuesto:

- Nº y porcentaje de ingresos según tramos de edad
- Nº y porcentaje de ingresos según provincia de procedencia
- Nº y porcentaje de ingresos según situación judicial
- Nº y porcentaje de ingresos según droga principal
- Nº y porcentaje de ingresos según situación laboral al alta
- Nº y porcentaje de ingresos según VIH
- Nº Vacunaciones de Gripe, VHB y Tétanos
- Nº y porcentaje de ingresos según patología psiquiátrica al inicio
- Nº y porcentaje de ingresos según pacientes desintoxicados
- Nº Ingresos en CT según Patología Psiquiátrica al final del tratamiento
- Media de estancia (en días) desde el ingreso hasta el alta (AU) según tipo de alta y droga principal
- Media de estancia (en días) desde el ingreso hasta la finalización de la desintoxicación
- Tiempo medio de salidas terapéuticas (en días) de pacientes con altas terapéuticas
- Tiempo medio de salidas NO terapéuticas (en días) de pacientes con altas terapéuticas
- Motivo de altas voluntarias
- Motivo de altas disciplinarias
- Motivo de altas derivadas
- Motivo de altas por cumplimiento parcial de objetivos
- Tabla de ocupación

Indicadores Específicos de Centros Terapéuticos propios:

- Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta
- Índice de ocupación según recurso (a día de hoy)
- Índice de ocupación según recurso (entre fechas)
- Media de estancia (en días) según tipología de alta

- Media de estancia (en días) según tipología de alta (Fecha Alta)
- Nº Ingresos según recurso
- Nº y porcentaje de renunciaciones según género
- Nº Pacientes derivados al recurso según CTA
- Nº y porcentaje de ingresos según droga principal y género
- Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta
- Nº y porcentaje de ingresos según género
- Nº y porcentaje de ingresos según tramos de edad
- Motivo de altas voluntarias
- Motivo de altas disciplinarias
- Motivo de altas derivadas
- Motivo de altas por cumplimiento parcial de objetivos
- Nº y porcentaje de renunciaciones según género
- Nº y porcentaje de renunciaciones según droga principal y género
- Nº Renunciaciones totales
- Nº Ingresos según centro derivador
- Nº Ingresos totales
- Nº Ingresos según recurso
- Nº Renunciaciones e Ingresos de protocolos enviados en un periodo
- Nº de Derivaciones en un Período
- Listado de pacientes que inician/reinician entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- Listado de pacientes que finalizan el tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- Listado de pacientes que se mantienen en tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.

13 Anexos.

Toda la información, protocolos y demás información adicional sobre este programa, está ubicado en el Sipasda en los apartados del menú principal: Documentos y Protocolos.

Documentación para ingreso en CT ASSDA.

Autorización para el Ingreso de Menores en CCTT (Mujeres).

Autorización para el Ingreso de Menores en CCTT (Varones).

Protocolo de Derivación a Recurso: CT.

Vínculo al Programa de Intervención en CT, editado por la Junta de Andalucía en 2002.

http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/PROGRAMA_INTERVENCION_CT/PROGRAMA_INTERVENCION_CT.pdf

Protocolo de Derivación y Coordinación con las Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT) y las Viviendas de Apoyo a Enfermos de SIDA (VAES).

1 Generalidades sobre el proceso.

Las Viviendas de Apoyo al Tratamiento, dan cobertura a las necesidades básicas (techo, alimentación, medicina, etc.) de una serie de personas que demandan atención, pero que carecen de un soporte familiar y social necesario para la realización de un tratamiento ambulatorio. Son personas que, por su realidad personal, carecen de familia o tienen rotas sus relaciones con ellas, carecen de recursos económicos y de alguna forma están en situación de exclusión social, factores todos condicionantes a la hora de garantizar el éxito en un proceso de rehabilitación de las adicciones.

Por otro lado, está la necesidad de aquellas personas que, aun teniendo soporte familiar y recursos sociales suficientes, precisan del internamiento porque su perfil de adicción no se ajusta a la realización de un tratamiento ambulatorio, bien sea porque han fracasado (ausencia de mantenimiento de la abstinencia) en anteriores intentos de tratamiento en régimen externo y/o porque precisan de una separación temporal de su entorno para poder realizar un proceso de rehabilitación.

Las Viviendas de Apoyo surgen como un dispositivo en el que se facilitan la adquisición de pautas sociales adaptativas, se potencia de forma progresiva la autonomía y la responsabilidad del usuario, todo ello complementado por un constante apoyo por parte del equipo de profesionales del programa al seguimiento o adherencia al tratamiento que esta llevando a cabo el usuario durante su estancia en el recurso.

Dicho tratamiento puede ser de naturaleza diversa:

- Tratamiento de desintoxicación, dirigido desde algún Centro de Tratamiento Ambulatorio.
- Tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Tratamiento libre de drogas en espera de ingreso en una comunidad terapéutica, o cualquier otro dispositivo de deshabituación.
- Tratamiento antirretroviral en el caso de pacientes VIH positivos.

De aquí se deduce que el perfil del usuario es bastante amplio, en la medida en que pueden acceder al recurso, usuarios que se encuentren en diferentes niveles en el proceso de tratamiento.

En la actualidad con motivo del cambio en los tipos de drogas de consumo, el desarrollo adquirido por los programas de reducción de daños, etc. se hace necesaria una modificación tanto de los programas, en el sentido de unificar criterios de actuación, como en la oferta de los mismos. Así pues, se dispone de viviendas especializadas en diferentes programas, en función de los objetivos planteados, como son la dedicada al tratamiento del alcoholismo, de otras drogodependencias y las Viviendas de Apoyo a Enfermos de Sida (en adelante VAES).

Todas las Viviendas de Apoyo al Tratamiento deben estar inscritas en el Registro de Centros de la Consejería de Asuntos Sociales de acuerdo a lo establecido en el Decreto 87/1996 por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía (modificado por el Decreto 102/2000, de 15 de marzo), requiriendo además la Autorización de la Consejería de Salud. Asimismo deben estar acreditadas en base a la Orden de 29 de febrero de 1996, por el que se regula la acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes. Esto supone una garantía de responsabilidad pública en relación con la calidad de la atención prestada ya que se regulan, entre otros los requisitos que deben cumplir los centros.

Actualmente se dispone de 6 Viviendas de Apoyo, 3 de las cuales dedicadas a Enfermos de Sida. Con un total de 47 plazas, 31 de las cuales en VAES. Todas son de carácter privado concertado, las cuales se articulan a través de convenios entre la Consejería de Igualdad y

Políticas Sociales y entidades o asociaciones debidamente acreditadas para la actividad asistencial con personas con problemas de adicción, siendo la distribución de las plazas de la siguiente forma:

VIVIENDA	MUNICIPIO	PROVINCIA	Plazas	Sexo	Perfil	Contacto
VAT Torreblanca (P. Hombre)	SEVILLA	SEVILLA	6	Varón	Metadona Heroína Cocaína, Alcohol	Crta. Alcalá, 11 Torreblanca . 41016 Sevilla Tfno.: 954 25 27 94
VAT CRUZ ROJA HUELVA	HUELVA	HUELVA	5	Varón Mujer Embara.	Metadona Heroína Cocaína, Metadona , Alcohol	C/ Niágara, 8, 4º F. 21005 Huelva. Tfno.: 959 150689
VAT MADRE DE DIOS	GRANADA	GRANADA	5	Varón	Metadona , Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	Casa Diocesanas de Acogida C/ Varela, 20 18009 Granada. Tfno. y Fax: 958 22 54 89
VAES SILOÉ	JEREZ	CÁDIZ	7	Varón Mujer	Adicción + sida + deterioro	Pago Torrox. Hijuela de las Coles. 11408 Jerez. Cádiz Tfno.: 956 237146
VAES GERASA	CHICLANA	CÁDIZ	15	Varón Mujer	Adicción + sida + deterioro	Cañada del Lobo, 20 11130 Chiclana de la F. Cádiz. Tfno.: 956 536208
VAES MARILLAC	LA LÍNEA	CÁDIZ	9	Varón	Adicción + sida + deterioro	Zabal Bajo 71, 11300 La Línea. Cádiz Tfno.: 956 643210

2 Definición funcional.

Conjunto de actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida y normalización de los hábitos de conducta en todas las áreas del desarrollo de personas drogodependientes en tratamiento y que se encuentran sin techo, en proceso de indomiciliación o que necesitan de una experiencia normalizada fuera de su entorno familiar, o como en el caso de las VAES, que requieran de una atención específica en lo referente a los problemas derivados de la enfermedad del SIDA en un entorno controlado, lo cual implica:

- Valoración e identificación adecuada de los perfiles susceptibles de ser tratados en las Viviendas.
- Procedimiento de remisión, preparación y acceso de los pacientes al recurso.
- Intervenciones terapéuticas propiamente dichas en los recursos en relación a las áreas sanitaria, psicológica, educativo-ocupacional y social.
- Sistema de coordinación entre los profesionales de los servicios que componen el protocolo.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

- Pacientes con cualquier tipo de adicción, que tras ser estudiada su demanda o valorada la necesidad por los profesionales de los CTA, son propuestos para incorporarse a dichos recursos, independientemente del tipo de adicción y que manifiesten voluntad en la realización del tratamiento. El procedimiento de derivación a las Viviendas se realiza sólo y exclusivamente desde uno de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, de la red de drogodependencias de Andalucía.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Se consideran las siguientes formas de salida del proceso:

- No incorporación al proceso o abandono voluntario previo al inicio.
- Alta Terapéutica.
- Alta Derivada.
- Alta Voluntaria.
- Alta Disciplinaria.
- Éxito o fallecimiento.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

- Vía de urgencia.
- Padecer enfermedades infecciosas en fase aguda. (No aplicable a VAES)
- Presentar minusvalía física que le imposibilite su autonomía. (No aplicable a VAES)
- Presentar trastorno psíquico severo que le imposibilite la integración en el programa y la relación con compañeros y equipos. (No aplicable a VAES)

6 Responsable del proceso.

La responsabilidad de los diversos intervinientes en el proceso, implica efectuar una distinción según fase del proceso:

Terapeuta de referencia del CTA responsable del estudio del caso, derivación del mismo y posterior seguimiento.

Profesionales de la ASSDA, responsables de la gestión administrativa del acceso a la Unidad.

Profesionales de las Viviendas, responsables directos de la estancia y tratamiento dentro del recurso.

7 Observaciones.

- Pruebas Analíticas

El Protocolo de Derivación deberá tener cumplimentado las siguientes pruebas analíticas, las cuales no deberán exceder los seis meses, excepto en el caso de VIH+. El despistaje de la TBC no debe exceder los tres meses de antigüedad. (No aplicable a las VAES)

Sangre:

- Hemograma completo y VSG.
- Glucemia basal.
- Fosfatasa Alcalina.
- G.O.P. y G.P.T.

- T. de protombina y bilirrubina.
- G.G.T.
- Marcadores serológicos de V.I.H y la Hepatitis B y C.

(Éstos últimos, en caso de ser positivos, pueden ser más antiguos de tres meses)

- Estudio TBC

Así mismo, se adjuntará cualquier otra prueba clínica que se haya efectuado al paciente (EEG, ECG, RX, Ecografía, etc.).

En el caso de las VAT, hay que tener en cuenta que en los pacientes VIH+, sólo se admitirán pruebas diagnósticas de TBC, con una fecha no superior a tres meses. Así mismo deberá aportarse el resultado de las baciloscopias y fotocopias del informe de la Radiografía de Tórax. (No aplicable a VAES)

En protocolos de mujeres se exigirá un test de embarazo reciente, aconsejándose la insistencia en la búsqueda de posibles enfermedades de transmisión sexual. (No aplicable a las VAES)

En el caso de no disponer de analíticas para derivar a un paciente a una VAES, será suficiente con disponer de un Informe actualizado del Servicio de Infecciosos, donde aparezcan todos estos datos clínicos.

▪ Otras Observaciones

- El proceso de asignación de los protocolos de la Lista de Espera a las Viviendas se realizará según las plazas que vayan quedando vacantes en cada una de ellas. En el caso de las VAES se regirán por criterios de urgencia sanitaria y social siendo criterios complementarios las plazas existentes y la fecha de recepción del protocolo.
- En el caso de demandas de ingreso en VAES desde Hospitales u otro tipo de instituciones para usuarios que han sido pacientes de nuestros centros pero que en ese momento no está acudiendo, debemos valorar conjuntamente la inclusión en este recurso, para lo cual se consultará con la Dirección del SPD de Cádiz.
- Las Viviendas deberán enviar, a los CTA derivadores, dos informes de seguimiento del paciente, uno con una antelación de dos meses previos al alta, y otro, un informe de alta (independientemente del tipo de alta), que será remitido en un tiempo no superior a 10 días.

8 Destinatarios del proceso.

- Personas con cualquier tipo de adicción, independientemente de que se encuentren en Programa de Tratamiento con Metadona.
- Usuarios con edad superior a los 18 años.
- Usuarios en estado de exclusión social, con evidentes signos de desestructuración y falta de apoyo familiar.
- Personas sin lugar en el que vivir ante la separación o expulsión de la casa familiar, miembros de colectivos sin techo, transeúntes...
- Personas vinculadas a otras iniciativas y programas terapéuticos que precisen del apoyo transitorio de este recurso.
- Estar infectados por el VIH (sólo en el caso de VAES).

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Análisis de la demanda/propuesta de derivación a la Vivienda (VAT/VAES).

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Valora grado de idoneidad de la propuesta de inclusión en VAT/VAES. -Informa sobre las características del recurso. -Gestiona solicitud de pruebas complementarias.	-Asegura que a todo paciente al que se le propone la derivación a una VAT/VAES, se le explica la naturaleza y objetivo del recurso y se le ha informado de los utensilios que debe llevar y cómo debe producirse la admisión. -Incrementa motivación para el ingreso, o valora alternativas. - La solicitud de pruebas diagnósticas médicas se realizarán por la figura del médico del centro, para lo cual se podrán establecer interconsultas médicas para estas gestiones.

- Remisión del Protocolo y preparación para el acceso a la CT.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Cumplimenta y remite protocolo. -Prepara para el ingreso en el recurso al paciente.	-Asegura una correcta cumplimentación del protocolo que debe remitirse telemáticamente a través del Sipasda. Lo que implica que cada una de las figuras profesionales ha cumplimentado su área correspondiente. ▪ La figura del médico garantiza que se ha cumplimentado la variable 29 (Resumen Anamnesis, Evolución, Exploración, Tratamiento actual y Tratamientos farmacológicos). ▪ La figura del psicólogo garantiza que se ha cumplimentado variable 34. (Antecedentes de tipo psicológico-psiquiátrico tanto personales como en la familia, Hallazgos significativos respecto de su vida afectiva y en general de su curva vital, rasgos de personalidad básicos y vínculos afectivos familiares y resultados de las pruebas diagnósticas administradas, hallazgos más significativos y diagnóstico si lo hubiera. ▪ La figura del T. Social garantiza

		que se ha cumplimentado la variable 35. (Datos significativos de su hª familiar reciente, descripción de la composición y la dinámica familiar. Relaciones de apoyo, Datos educativos, socioeconómicos y de vivienda, Datos laborales, Situación actual y antecedentes, judiciales y Diagnóstico social si lo hubiere. ▪ Por el Terapeuta de referencia Motivo de la derivación y Pautas de Intervención: (Indicaciones y recomendaciones psicoterapéuticas, socioeducativas, pautas de salida, etc. En el caso de protocolos a VAT. -Asegura que todos los pacientes que se deriven a este recurso disponen de las analíticas correspondientes en los plazos de validez fijados y asegurando el envío. -Garantiza que todo usuario que sea derivado a la VAT/VAES, desde que se cumplimenta el protocolo hasta que ingresa, recibe atención clínica y preparatoria para el recurso, al menos una vez al mes. (Contemplar las limitaciones físicas que pudieran impedir el acceso de los usuarios que van a incorporarse a VAES). -Asegura que, previa a la incorporación del paciente a la CT de destino, se ha producido contacto telefónico entre los terapeutas de ambos recursos y se ha confirmado el día del ingreso, una vez que han sido avisados por profesionales de la ASSDA. -Registra datos en HC.
--	--	---

- Gestión del ingreso por la ASSDA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la ASSDA.	-Recepciona los protocolos de derivación de los drogodependientes remitidos y realiza control de calidad. -Elabora y gestiona las listas de espera para ingreso en Centros según perfiles. -Gestiona ingresos de usuarios a cualquiera de las VAT/VAES disponibles para el perfil.	-Asegura calidad de la información según criterios establecidos, mediante revisión y control de los mismos. -Asigna Vivienda y coloca en la correspondiente lista en espera del ingreso. Ante determinadas circunstancias se aplica la admisión aplazada. -Garantiza que el protocolo, una vez que se encuentra en situación de admisión, puede ser visto por la correspondiente Vivienda a la que se le

		ha propuesto la inclusión. -Avisa al CTA correspondiente de la fecha y hora de los ingresos con suficiente antelación.
--	--	--

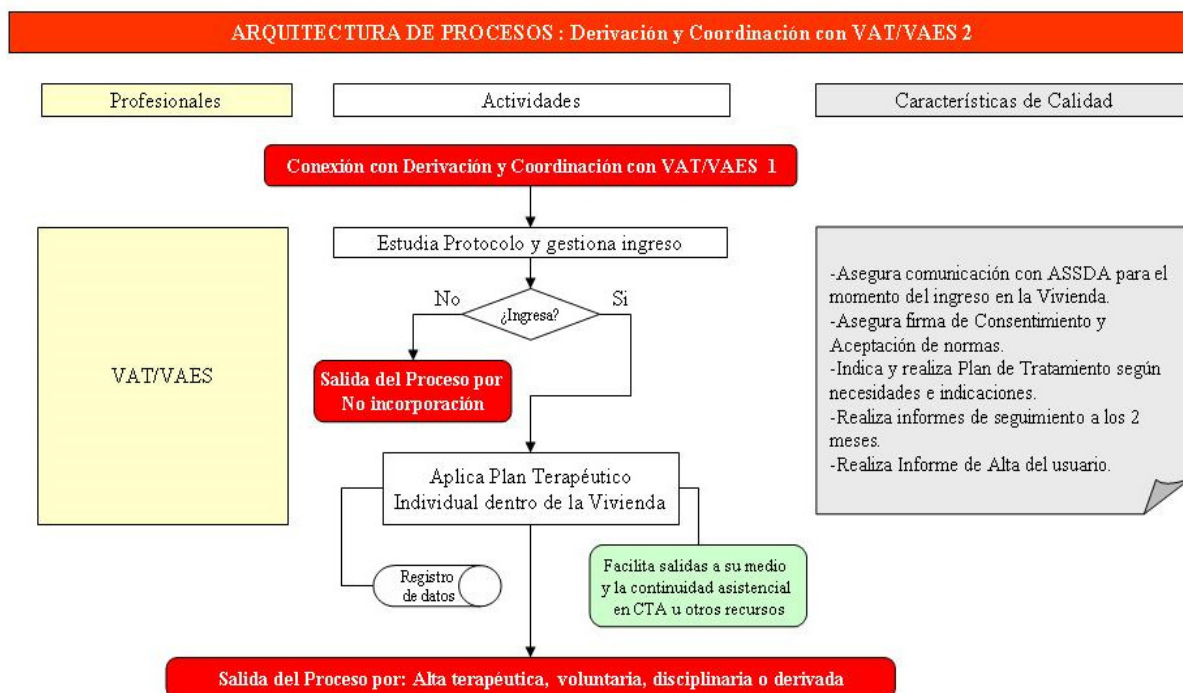
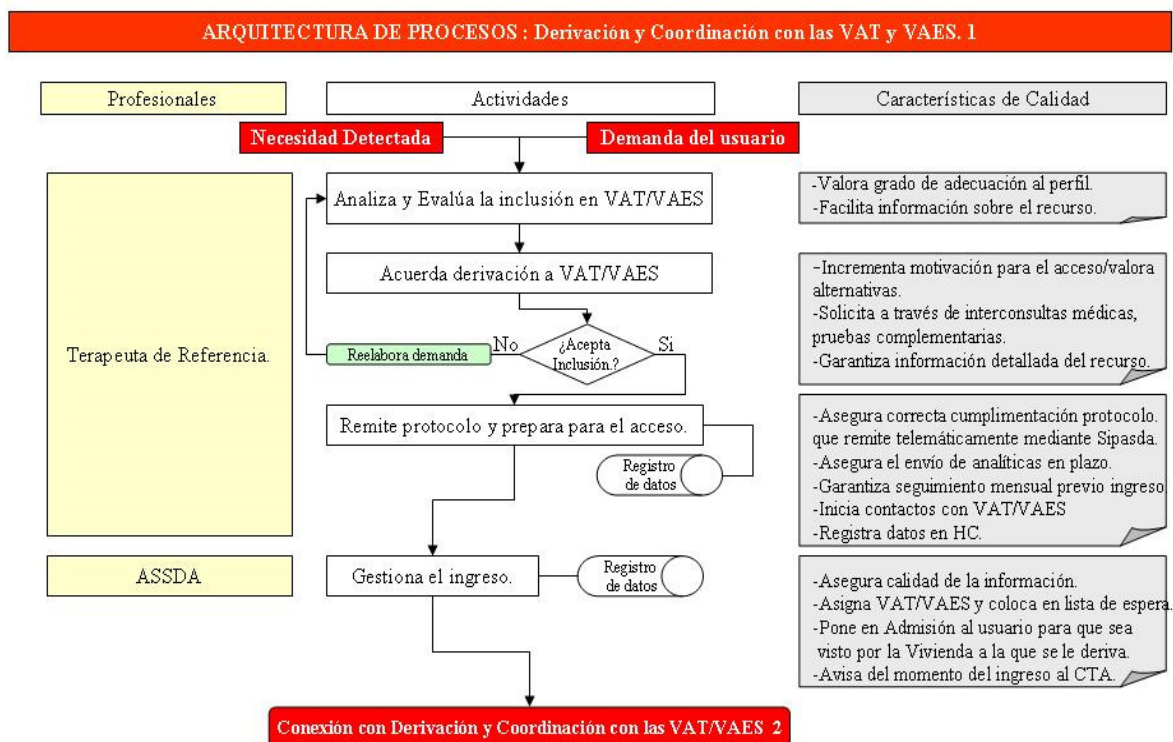
- Intervenciones propias de las VAT/VAES.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la VAT/VAES.	-Estudia y valora los protocolos de derivación adjudicados. -Gestiona el ingreso. -Lleva a cabo intervenciones derivadas del PTI dentro del recurso. -Notifica incidencias de la estancia del usuario en la VAT/VAES.	-Acuerda con la ASSDA la fecha y hora del ingreso de los usuarios. -Asegura en la recepción la firma del Consentimiento Informado y da a conocer normas de R.I, así como el control de sustancias. -Establece y lleva a cabo plan individualizado de tratamiento, atendiendo a las actividades que se lleven a cabo en el recurso (Acceder al enlace del Programa de Intervención en VAT.) -Realiza informes en el Sipasda accesibles tanto para la Vivienda como para el CTA: De seguimiento a los 2 meses desde el ingreso y de alta (10 días después del alta) según modelos. -Informa al CTA de salidas del usuario, así como otras actividades de seguimiento y coordinación.

10 Componentes del proceso.

- Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- ASSDA.
- Viviendas de Apoyo al Tratamiento y Viviendas de Apoyo a Enfermos de Sida.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

La relación de indicadores del proceso que actualmente recoge el Sipasda son los siguientes:

Según VAT / VAES de destino y atendiendo al período de tiempo propuesto:

- Índice de ocupación según recurso (a día de hoy y entre fechas)
- Media de estancia (en días) según tipología de alta
- Media de estancia (en días) según tipología de alta (Fecha Alta)
- Nº y porcentaje de altas según Recurso y Tipología
- Nº y porcentaje de ingresos según tipo de adicción
- Nº y porcentaje de ingresos según tramos de edad
- Nº y porcentaje de ingresos según provincia de procedencia del CTA
- Nº y porcentaje de ingresos según situación judicial
- Nº y porcentaje de ingresos según VIH
- Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta
- Nº y porcentaje de renunciadas (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tipo de adicción
- Nº y porcentaje de renunciadas (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tramos de edad
- Nº y porcentaje de renunciadas (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según provincia de procedencia del CTA
- Motivo de altas voluntarias
- Motivo de altas disciplinarias
- Motivo de altas derivadas
- Nº de personas activas en período
- Nº de personas activas en período según droga principal

Según CTA y atendiendo al período de tiempo propuesto:

- Media de estancia (en días) según tipología de alta
- Media de estancia (en días) según tipología de alta (Fecha Alta)
- Nº y porcentaje de ingresos según droga principal y género
- Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta
- Listado de pacientes que inician/reinician entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- Listado de pacientes que finalizan el tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- Listado de pacientes que se mantienen en tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.

13 Anexos.

El protocolo de derivación a estos recursos, está ubicado en el Sipasda en el apartado de menú principal: Protocolos.

Protocolo de Derivación a VAT/VAES.

Vínculo al Programa de Intervención en Vivienda de Apoyo, editado por la Junta de Andalucía en 2006.

http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/PROGRAMA_VAT/PROGRAMA_INTERVENCION_VAT_2006.pdf

Protocolo de Derivación y Coordinación a Viviendas de Apoyo a la Reinserción (VAR).

1 Generalidades sobre el proceso de intervención asistencial.

Las Viviendas de Apoyo a la Reinserción (VAR) se definen como unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas destinadas a facilitar la adaptación de las personas al medio social mediante la residencia temporal en una vivienda normalizada con tutela de personal especializado, pero fuera del que ha sido su medio social. Constituyen un recurso idóneo para aquellas personas que carecen de un sistema de relaciones y de vinculación con el entorno y que han logrado una estabilización en su proceso, necesitando de este recurso para su incorporación social.

Actualmente se dispone de 10 Viviendas de Apoyo a la Reinserción, con un total de 75 plazas, más 10 plazas en la VAR de PH de Málaga de acceso exclusivo a la red de PH.. Todas son de carácter privado concertado, las cuales se articulan a través de convenios entre la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y entidades o asociaciones debidamente acreditadas para la actividad asistencial con personas con problemas de adicción, siendo la distribución de las plazas de la siguiente forma:

VIVIENDA	MUNICIPIO	PROVINCIA	Plazas	Sexo	Perfil	Contacto
VAR POVEDA	MAIRENA DEL ALJARAFA	SEVILLA	9	Varón/Mujer	Metadona Heroína Cocaína, Alcohol	C/ Ciaurriz nº 40 Simón Verde (Mairena Aljarafe, Sevilla) 954 282 030 / 954 278 342 Fax: 954 282 030
VAR MARA	PUERTO REAL	CADIZ	7	Varón	Metadona Heroína Cocaína, Alcohol	C/ Luna, s/n. Urb. Azahares, 3 Tfno.: 956473896
VAR TRILLE	CÁDIZ	CÁDIZ	6	Varón	Metadona Heroína Cocaína, Alcohol	C/ Teniente Andujar, 3º-1 Tfno.: 956261428
VAR ARCO IRIS	CORDOBA	CORDOBA	8	Varón	Metadona, Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	C/ Bataneros, 4. Tfno.: 957476847
VAR ALTERNATIVA II	FUENGIROLA	MALAGA	8	Varón	Metadona, Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	C/ Vivero, 5 Tfno:952463717
VAR CASA LA ESPERANZA	GRANADA	GRANADA	7	Varón	Metadona, Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	Tfno.: 958 225489
VAR NOESSO	PUEBLA DE VICAR	ALMERIA	6	Varón	Metadona, Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	Gran Capitán ,17 Tfno:950555535
VAR ASPREATO	AYAMONTE	HUELVA	9	Varón	Metadona, Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	C/ Cuna, s/n Tfno:959470657

VIVIENDA	MUNICIPIO	PROVINCIA	Plazas	Sexo	Perfil	Contacto
VAR CETAF-ESTUARIO	LEPE	HUELVA	8	Varón / mujer	Metadona, Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	959251002
VAR JOMAD	MALAGA	MÁLAGA	7	Varón / mujer	Metadona, Heroína, Cocaína, Metadona Alcohol	952650291
VAR PROYECTO HOMBRE MÁLAGA	MÁLAGA	MÁLAGA	10	Plazas adscritas al circuito de P.H.		

2 Definición funcional.

Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes drogodependientes que lo requieran, una unidad de alojamiento o residencia alejada de su entorno que les permita poder continuar con su proceso de incorporación social.

Para ello desarrollaremos un conjunto de acciones encaminadas a:

- Valoración e identificación adecuada de los perfiles susceptibles de ser tratados en las Viviendas.
- Procedimiento de remisión, preparación y acceso de los pacientes al recurso.
- Intervenciones terapéuticas propiamente dichas en los recursos en relación a las áreas sanitaria, psicológica, educativo-ocupacional y social.
- Sistema de coordinación entre los profesionales de los servicios que componen el protocolo.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Pacientes que vienen realizando su proceso terapéutico en un CTA y que, tras ser estudiada su demanda o valorada la necesidad por los profesionales de los CTA, son propuestos para incorporarse a dichos recursos para completar su proceso terapéutico. El procedimiento de derivación a las VAR se realiza desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio directamente. En el caso de que el usuario haya sido derivado previamente a una Comunidad Terapéutica, ésta podrá siempre derivarlo directamente a la VAR, en coordinación con los profesionales del CTA de origen.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Se consideran las siguientes formas de salida del proceso:

- No incorporación al proceso o abandono voluntario previo al inicio.
- Alta Terapéutica: Se produce cuando se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos propuestos.
- Alta Voluntaria: Se produce cuando el paciente decide abandonar el tratamiento sin finalizar su proceso terapéutico.
- Alta Disciplinaria: Se produce por incumplimiento grave de las Normas de Régimen Interno.
- Alta Derivada: Se produce cuando el paciente es derivado a otros dispositivos antes de finalizar el tratamiento debido a circunstancias ajenas al paciente y al equipo (familiar, sanitario o judicial).
- Éxito o Fallecimiento.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

- Vía de urgencia.
- Padecer enfermedades orgánicas o trastorno psíquico en fase aguda que le imposibilite la integración en el programa y la relación con otros usuarios y equipo.
- Presentar minusvalía física que le imposibilite la autonomía.

6 Responsable del proceso.

La responsabilidad de los diversos responsables que intervienen en el proceso, implica efectuar una distinción según la fase en la que nos encontremos.

Terapeuta de referencia del CTA responsable del estudio del caso, derivación del mismo y posterior seguimiento.

Profesionales de la ASSDA, responsables de la gestión administrativa del acceso a la VAR.

Profesionales de las VAR, responsables directos de la estancia y seguimiento durante su estancia en las mismas.

7 Observaciones.

- El Protocolo de Derivación deberá tener cumplimentado las siguientes pruebas analíticas, las cuales no deberán exceder los seis meses, excepto en el caso de VIH+. El despistaje de la TBC no debe exceder los tres meses de antigüedad.

Sangre:

- Hemograma completo y VSG.
- Glucemia basal.
- Fosfatasa Alcalina.
- G.O.P. y G.P.T.
- T. de protombina y bilirrubina.
- G.G.T.
- Marcadores serológicos de V.I.H y la Hepatitis B y C.

(Éstos últimos, en caso de ser positivos, pueden ser más antiguos de tres meses)

Orina: (No obligatorio)

- Densidad.
- Sedimentos.

Otros:

- Serología de Lúes. (No obligatorio)
- Estudio TBC

Así mismo, se adjuntará cualquier otra prueba clínica que se haya efectuado al paciente (EEG, ECG, RX, Ecografía, etc.).

8 Destinatarios del proceso.

Usuarios que se encuentran en tratamiento en los dispositivos asistenciales del S.P.D. de Cádiz por cualquier tipo de adicción y mayores de edad (las mujeres podrán ser derivadas a las Viviendas que así lo tengan establecido) que en el momento de su proceso de tratamiento necesiten desarrollar estrategias que faciliten su proceso de integración y normalización social.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

En esta descripción de tareas hay que tener en cuenta que, cuando el paciente es derivado directamente desde una Comunidad Terapéutica, las tareas asignadas a los profesionales de los CTA son asimilables a las realizadas a los de aquel recurso, siendo la ASSDA la que gestiona el ingreso directamente con la CT donde el usuario se encuentre en tratamiento.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Análisis de la demanda/propuesta de derivación a las VAR.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Valora grado de adecuación de la propuesta de ingreso a las VAR. -Informa sobre las características del recurso. -Gestiona solicitud de pruebas complementarias.	-Asegura que a todo paciente al que se le propone la derivación a una VAR, se le explica la naturaleza y objetivo del recurso y se le ha informado de los utensilios que debe llevar y cómo debe producirse la admisión. -Incrementa motivación para el ingreso, o valora alternativas. - La solicitud de pruebas diagnósticas médicas se realizarán por la figura del médico del centro, para lo cual se podrán establecer interconsultas médicas para estas gestiones.

- Remisión del Protocolo y preparación para el acceso a las VAR.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia	-Cumplimenta y remite protocolo. -Prepara para el ingreso en el recurso al paciente.	-Asegura una correcta cumplimentación del protocolo que debe remitirse telemáticamente a través del Sipasda. ▪ La figura del médico garantiza que se ha cumplimentado la variable 29 (Resumen Anamnesis, Evolución, Exploración, Tratamiento actual y Tratamientos farmacológicos). ▪ La figura del psicólogo garantiza que se ha cumplimentado variable 34. (Antecedentes de tipo psicológico-psiquiátrico tanto personales como en la familia, Hallazgos significativos respecto de su vida afectiva y en general de su curva vital, rasgos de personalidad básicos y vínculos afectivos familiares y resultados de las pruebas diagnósticas administradas, hallazgos más significativos y diagnóstico si lo hubiera.

		- La figura del T. Social garantiza que se ha cumplimentado la variable 35. (Datos significativos de su hª familiar reciente, descripción de la composición y la dinámica familiar. Relaciones de apoyo, Datos educativos, socioeconómicos y de vivienda, Datos laborales, Situación actual y antecedentes, judiciales y Diagnóstico social si lo hubiere. - Por el Terapeuta de referencia Motivo de la derivación y Pautas de Intervención: (Indicaciones y recomendaciones psicoterapéuticas, socioeducativas, pautas de salida, etc. En el caso de protocolos a VAT. -Asegura el envío de las analíticas correspondientes según plazos fijados. -Garantiza que desde el envío del protocolo hasta su ingreso, el paciente dispone de al menos de una cita mensual. -Registra datos en HC.
--	--	---

- Gestión del ingreso por la ASSDA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la ASSDA.	-Recepciona los protocolos de derivación de los drogodependientes remitidos y realiza control de calidad. -Elabora y gestiona las listas de espera para ingreso en Centros según perfiles. -Gestiona ingresos de usuarios a cualquiera de las VAR disponibles para el perfil.	-Asegura calidad de la información según criterios establecidos, mediante revisión y control de los mismos. -Asigna Vivienda y coloca en la correspondiente lista en espera del ingreso. Ante determinadas circunstancias se aplica la admisión aplazada. -Garantiza que el protocolo, una vez que se encuentra en situación de admisión, puede ser visto por la correspondiente Vivienda a la que se le ha propuesto la inclusión. -Avisa al CTA correspondiente de la fecha y hora de los ingresos con suficiente antelación.

- Intervenciones propias de la VAR.

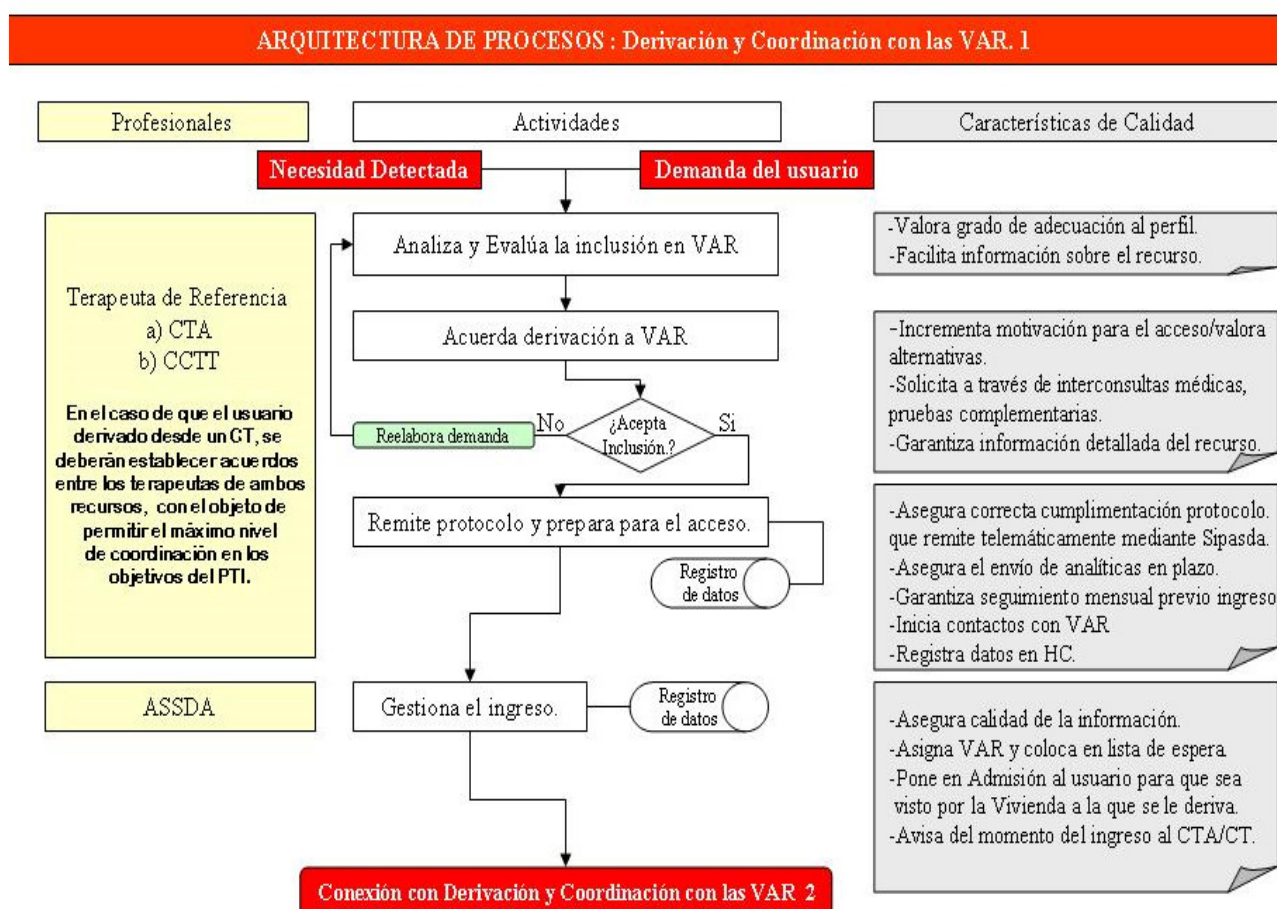
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales de la VAR.	-Estudia y valora los protocolos de derivación adjudicados. -Gestiona el ingreso.	-Acuerda con la ASSDA la fecha y hora del ingreso de los usuarios. -Asegura en la recepción la firma del

	-Lleva a cabo intervenciones derivadas del PTI dentro del recurso. -Notifica incidencias de la estancia del usuario en la VAR.	Consentimiento Informado y da a conocer normas de R.I, así como el control de sustancias. -Establece y lleva a cabo plan individualizado de tratamiento, atendiendo a las actividades que se lleven a cabo en el recurso (Acceder al enlace del Programa de Intervención en VAT.) -Realiza informes en el Sipasda accesibles tanto para la Vivienda como para el CTA: De seguimiento a los 2 meses desde el ingreso y de alta (10 días después del alta) según modelos. -Informa al CTA de salidas del usuario, así como otras actividades de seguimiento y coordinación.
--	---	--

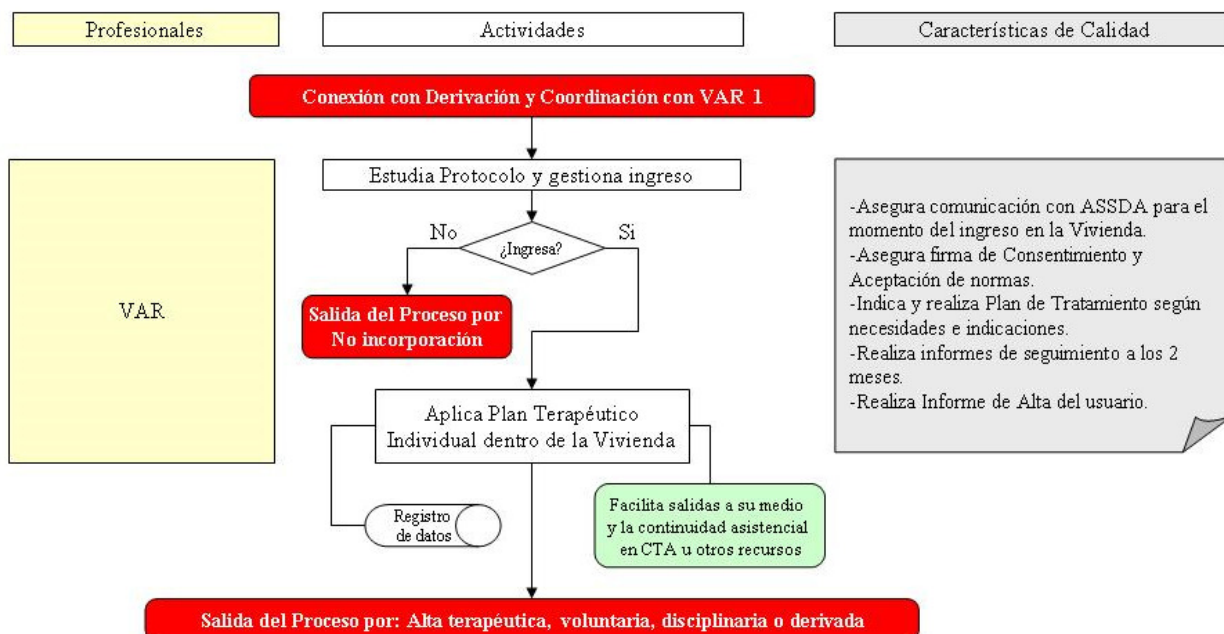
10 Componentes del proceso.

- Dispositivos asistenciales del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- ASSDA.
- VAR.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



ARQUITECTURA DE PROCESOS : Derivación y Coordinación con VAR 2



12 Indicadores del proceso.

La relación de indicadores del proceso que actualmente recoge el Sipasda son los siguientes:

Según VAT / VAES de destino y atendiendo al período de tiempo propuesto:

- Índice de ocupación según recurso (a día de hoy y entre fechas)
- Media de estancia (en días) según tipología de alta
- Media de estancia (en días) según tipología de alta (Fecha Alta)
- Nº y porcentaje de altas según Recurso y Tipología
- Nº y porcentaje de ingresos según tipo de adicción
- Nº y porcentaje de ingresos según tramos de edad
- Nº y porcentaje de ingresos según provincia de procedencia del CTA
- Nº y porcentaje de ingresos según situación judicial
- Nº y porcentaje de ingresos según VIH
- Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta
- Nº y porcentaje de renunciadas (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tipo de adicción
- Nº y porcentaje de renunciadas (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según tramos de edad
- Nº y porcentaje de renunciadas (protocolos que estuvieran en proceso de admisión) según provincia de procedencia del CTA
- Motivo de altas voluntarias
- Motivo de altas disciplinarias
- Motivo de altas derivadas
- Nº de personas activas en período
- Nº de personas activas en período según droga principal

Según CTA y atendiendo al período de tiempo propuesto:

- Media de estancia (en días) según tipología de alta
- Media de estancia (en días) según tipología de alta (Fecha Alta)
- Nº y porcentaje de ingresos según droga principal y género
- Nº y porcentaje de altas según droga principal y tipo de alta
- Listado de pacientes que inician/reinician entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.

- Listado de pacientes que finalizan el tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.
- Listado de pacientes que se mantienen en tratamiento entre dos fechas determinadas según CTA o provincia.

13 Anexos.

El protocolo de derivación a estos recursos, está ubicado en el Sipasda en el apartado de menú principal: Protocolos.

Protocolo de Derivación a VAR

Vínculo de Acceso al Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo a la Reinserción, editado por la Junta de Andalucía en 2005.

http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/PROGRAMA_VAR/VIVIENDA_REINSERCIÓN.pdf

Introducción a los Programas-Guías.

La relación de documentos que hemos venido a llamar Programas-Guías, han sido originariamente elaborados por diversos compañeros y compañeras de los CTA, que desde su buen hacer y experiencia, han plasmado un modelo de actuación en los diversos problemas de salud descritos, con suficiente evidencia científica para que pueda ser aprovechada la experiencia por el resto de los CTA.

Son recomendaciones, propuestas muy concretizadas y sistematizadas, que sólo pretenden ayudar a los profesionales a la toma de decisiones sobre la atención más adecuada para el abordaje de los problemas, disminuir la incertidumbre ante nuevos retos, así como optimizar los recursos disponibles.

No son documentos cerrados ni de un marcado carácter obligatorio, están abiertos a la innovación y a la participación con nuevas propuestas que permitan enriquecerlos y que su implantación se adapte y modifique atendiendo a las necesidades de los profesionales y a las particularidades de la formación de cada uno de nosotros.

Programa-Guía de Tratamiento del Juego Patológico.

1 Generalidades sobre el proceso.

El Juego Patológico definido como un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente caracterizado por una pérdida de control y/o fracaso en los esfuerzos por controlar el juego y un aumento de la necesidad de jugar en más ocasiones y empleando cada vez más dinero, se ha convertido en un trastorno con una prevalencia de entre un 2 y un 4% de la población general, según diferentes estudios consultados en la bibliografía.

Fue introducido por primera vez en las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales por la Asociación Americana de Psiquiatría, en el manual DSM-III, como trastorno del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. En 1987, en el DSM-III-R continuó clasificado en el mismo apartado pero se reconoce el mismo como un trastorno similar al alcoholismo o a la dependencia de sustancias psicoactivas, modificando los criterios utilizados que son prácticamente equivalentes a la dependencia de sustancias.

En el DSM-IV y DSM-IV-TR se define como un deterioro del control de la conducta de juego que se manifiesta por un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Así el sujeto continuará jugando, a pesar de que su conducta distorsiona o lesiona objetivos personales, familiares o profesionales. A tal efecto, se propone un modelo de intervención para el tratamiento de esta conducta adictiva basado en un programa multicomponente, adaptado a las características de la persona (psicopatología, edad, etc.) y a la situación motivacional del individuo (motivos que le llevan a querer cambiar, estímulos asociados a la conducta adictiva, etc.).

Este modelo se configura con el propósito de que en todos los CTA, haya un programa de atención al Juego Patológico y todos los profesionales sanitarios realicen tanto intervenciones básicas como avanzadas.

2 Definición funcional.

Conjunto de intervenciones que incluyen la valoración inicial, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, dirigido a personas con problemas de Juego Patológico, con el objetivo de ayudarles a avanzar en su proceso de cambio y puedan abandonar el juego definitivamente.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Mediante derivación desde cualquiera de los centros de salud y/o solicitud directa de la persona que pudiera voluntariamente acudir a cualquiera de los CTA, con el fin de iniciar un tratamiento destinado a cesar la conducta adictiva.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Persona que durante 18 meses se ha mantenido abstinente y por lo tanto finaliza el programa exitosamente con alta terapéutica. Igualmente consideraremos el resto de las opciones generales del circuito terapéutico:

- Usuario que no acepta condiciones o propuesta terapéutica inicial.
- Abandono de tratamiento.
- Alta voluntaria.
- Alta derivada.
- Éxito o fallecimiento.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

No se describen en este proceso las intervenciones específicas en menores de edad y personas con trastorno mental grave, que deberán ser consideradas específicamente. No se inicia tratamiento mediante la vía de urgencia.

6 Responsable del proceso.

El profesional de la psicología será el responsable del proceso, pudiendo éste establecer con otros profesionales del centro un sistema compartido de responsabilidades, atendiendo a las características y particularidades del equipo.

7 Observaciones.

En tanto que trastorno adictivo crónico, toda persona que abandone el proceso de tratamiento o tenga recaídas y decida intentar de nuevo el abandono, volverá a ser incluida en el proceso.

8 Destinatarios del proceso.

Toda persona que manifieste voluntariamente someterse a un tratamiento para abandonar el juego y que presente un diagnóstico clínico de Juego Patológico o comportamientos de juego en riesgo adictivo. CIE 10 F63.0 Juego Patológico (Ludopatía)

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso es la siguiente:

Las sesiones tienen una duración variable en función de los objetivos de la misma, siendo recomendable que la frecuencia entre ellas no sea superior a las dos semanas. Las sesiones se dividen en:

- A. Sesiones de Valoración y Diagnóstico
 1. Sesiones de Acogida
 2. Sesión de devolución y planteamiento de objetivos terapéuticos
- B. Sesiones del Programa de Tratamiento
 1. Sesión de información general sobre el trastorno de juego patológico
 2. Las técnicas de control de estímulos (I)
 3. Las técnicas de control de estímulos (II)
 4. Intervención familiar
 5. Abordaje cognitivo
 6. Prevención de recaídas (I)

7. Prevención de recaídas (II)
 8. Prevención de recaídas (III): intervención familiar
 9. Auto refuerzo
 10. Intervención familiar
- C. Sesiones del Plan de Alta
D. Sesiones de Seguimiento

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Sesión de Acogida: Tiempo aproximado 70 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Cualquiera de los profesionales que realizan las acogidas en los centros, utilizándose para ello procedimientos homogéneos y comunes por parte de todos.	-Analiza la demanda y la motivación del paciente. -Realiza evaluación inicial atendiendo a los criterios de adicción y modalidad de juego. -Realiza un análisis descriptivo y funcional de la conducta de juego. -Evalúa específicamente: Trastornos psicopatológicos asociados, trastornos psicosomáticos, historia toxicológica y el consumo de tóxicos asociados, consecuencias del juego en los ámbitos laboral, social, familiar, económico y legal, antecedentes de tratamiento, deudas adquiridas y funcionamiento económico familiar y la respuesta de la familia y el entorno ante la adicción al juego, estado afectivo, arousal, impulsividad, locus de control y acontecimientos vitales estresantes. -Presenta el programa de tratamiento a llevar a cabo.	-Favorecer el buen clima terapéutico. -Comprueba criterios diagnósticos de ludopatía. -Asegura exploración de elementos reseñados. -Recoge datos clínicos, acompañada de información relevante y personalizada. -Cumplimenta la Ficha de Admisión a Tratamiento y otras notificaciones en el SIPASDA. -Administra instrumentos diagnósticos (Ver Anexos): SOGS (Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks de Lesieur y Blume), Cuestionario SCL-90-R, Inventario de Pensamientos sobre el juego (Echeburúa y Baez, 1994), Escala de Impulsividad I7 de Eysenck (Eysenck, Pearson, Easting, Allsopp, 1985). -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda.

- Sesión de Devolución y Planteamiento de Objetivos Terapéuticos: Tiempo Aproximado 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso con la inclusión de un familiar coterapeuta.	-Realiza devolución de resultados de la exploración psicométrica. -Analiza la evolución del cuadro de juego patológico con análisis de factores desencadenantes, consecuentes y mantenedores. -Elabora los objetivos terapéuticos junto con el paciente y sus familiares. Los objetivos generales del programa podrían resumirse en: (Abstinencia de juegos de azar, reducción de la urgencia de la necesidad de jugar, adquisición del	-Presenta de forma clara los datos de las pruebas psicométricas realizadas y de los datos aportados por los distintos profesionales en la evaluación multiaxial. -Comprueba la comprensión por parte del paciente y del familiar de la hipótesis de gestación y mantenimiento del trastorno. -Favorece la colaboración del paciente en el desarrollo de los objetivos terapéuticos. -Gestiona la derivación efectiva a los distintos profesionales del equipo

	autocontrol para conseguir la abstinencia definitiva, cambio del estilo de vida proponiéndose actividades alternativas, detección de situaciones de riesgo y propuestas de estrategias efectivas de afrontamiento, reestructuración del funcionamiento familiar y social). -Acuerda con el paciente la designación del familiar co terapeuta. -Elaborar objetivos en distintas áreas de funcionamiento del paciente.	multidisciplinar (médico, psicólogo, trabajador social). -Registra los datos (valoración social, médica y psicológica y objetivos en las distintas áreas) en la historia clínica informatizada -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.
--	---	--

- Sesión de Información General sobre el Trastorno de Juego Patológico: Tiempo aproximado 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso con la inclusión de un co terapeuta familiar.	-Informa de manera detallada sobre el trastorno de Juego Patológico abordando los siguientes conceptos: (Juego patológico como pérdida de control sobre la conducta de jugar con consecuencias a varios niveles de funcionamiento y como trastorno adictivo, fases del juego, tipos de jugadores, factores biológicos, psicológicos y sociales implicados, mantenimiento de la conducta de juego, características que convierten el juego de azar en potencialmente adictivo.) -Informa de manera detallada sobre el programa de tratamiento del trastorno de Juego Patológico abordando: (Objetivo: autocontrol de la conducta de juego, importancia de la abstinencia absoluta y definitiva, necesidad de cumplir las pautas para seguir en el programa de tratamiento, posibilidad de recaída, intervención familiar: figura del co terapeuta, duración del programa de tratamiento y estructura).	-Asegura la comprensión de la idea del juego patológico como trastorno del control de los impulsos por parte del paciente. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesión de Técnicas de Control de Estímulos (I): Tiempo aproximado: 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso con la inclusión de	-Realiza seguimiento de los objetivos. -Explica el mecanismo de ejecución conductual asociada al	-Recuerda los objetivos iniciales del tratamiento: reducción de la urgencia en la necesidad de jugar, autocontrol sobre la conducta de juego, abstinencia total y

un co terapeuta familiar.	juego (ver anexo). -Analiza con el paciente las técnicas de control de estímulos favorecedoras de la abstinencia al juego, de la reducción progresiva de la necesidad de jugar y del autocontrol ante situaciones de riesgo (ver anexo). -Acuerda junto con el paciente y el co terapeuta las medidas de control de estímulos a aplicar en su caso individual (ver anexo). -Realiza seguimiento general.	definitiva, incremento de la autoestima y el aumento/recuperación de la confianza familiar. -Asegura que el paciente comprende los conceptos referidos al mecanismo de Ejecución Conductual. -Acuerda específicamente autoprohíbiciones en bingos y casinos, establece técnicas de control de dinero con autoregistros de gastos, fomenta correcto análisis de deudas. -Asegura el abordaje de las disfunciones surgidas en el entorno familiar, laboral y personal. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Mantiene actitud de refuerzo y mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.
---------------------------------	--	---

- Sesión de Técnicas de Control de Estímulos (II): Tiempo aproximado: 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso.	-Realiza seguimiento de los objetivos. -Realiza seguimiento de las medidas de control de estímulos. -Promueve el desarrollo de alternativas incompatibles con el juego.	-Afianza objetivos o modifica los mismos. -Analiza dificultades surgidas en el acuerdo de cumplimiento terapéutico, autoregistro de gastos y otras disfunciones surgidas. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Mantiene actitud de refuerzo y mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesión de Intervención Familiar: Tiempo aproximado: 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso con la inclusión de un co terapeuta familiar.	-Realiza seguimiento de los objetivos terapéuticos. -Realiza seguimiento conjunto de las medidas de control y de las actividades alternativas planificadas. -Realiza seguimiento de las consecuencias del juego en el entorno familiar: disfunciones, desconfianza, dinámicas de funcionamiento, etc. -Canaliza las disfunciones detectadas.	-Analiza grado de cumplimiento de los objetivos. -Garantiza el análisis junto con el familiar, del cumplimiento terapéutico, dificultades surgidas, desconfianza familiar, etc. -Garantiza atención a las disfunciones aparecidas en el ámbito familiar, laboral, psicopatología, etc.... -Mantiene una actitud que fomente la confianza por parte del jugador y de los familiares. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda..

- Sesión de Abordaje Cognitivo: Tiempo aproximado 60 minutos. En función de las necesidades del paciente detectadas, el abordaje cognitivo puede requerir más de

una sesión.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso.	-Realiza seguimiento de los objetivos terapéuticos. -Realiza seguimiento del control de gastos. -Aborda las distorsiones cognitivas asociadas al juego y promueve cogniciones alternativas. -Revisar el cumplimiento de las medidas de control de estímulos y la puesta en marcha de actividades alternativas planificadas. -Analiza las disfunciones surgidas.	-Analiza grado de cumplimiento de los objetivos. -Analiza el control de gatos y propone modificaciones a la frecuencia de "cada dos días" en función del nivel adecuado de funcionamiento. -Aplica el cuestionario "Inventario de Pensamientos sobre el juego" (Echeburúa y Baez, 1994) así como las principales distorsiones que se dan en jugadores patológicos). -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesión de Prevención de Recaídas (I): Tiempo aproximado 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso.	-Realiza seguimiento de los objetivos terapéuticos. -Realiza seguimiento de control del gasto. -Analiza las situaciones de riesgo generales y propias. -Fomentar análisis cognitivo anticipatorio. -Analiza las disfunciones surgidas en el entorno familiar, laboral y personal.	-Revisa los "gastos cada dos días" y la puesta en marcha de actividades alternativas. -Ayuda a identificar las situaciones precipitantes comunes para todo jugador. -Aplica Cuestionario de Situaciones Precipitantes de la Recaída. -Instruye al paciente en técnicas anticipatorias que les permita evaluar los factores y generar respuestas alternativas. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesión de Prevención de Recaídas (II): Tiempo aproximado 45 minutos. Esta cita se deberá realizar aproximadamente a los tres meses siguientes desde la última cita.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso.	-Realiza seguimiento de los objetivos terapéuticos. -Realiza seguimiento del control del gasto. -Instruye en el concepto de caída/recaída y del efecto de la violación de la abstinencia. -Analiza las disfunciones surgidas en el entorno familiar, laboral y personal.	-Revisa y modifica la frecuencia de gastos "cada tres días" y la puesta en marcha de actividades alternativas. -Informa de la necesidad de comunicar al co terapeuta familiar de las posibles recaídas. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesión de Prevención de Recaídas (III): Tiempo aproximado 45 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso y el familiar co terapeuta.	-Realiza seguimiento de los objetivos terapéuticos con el familiar. -Realiza seguimiento del control de gastos. -Evalúa la evolución de la confianza familiar y de los estilos de comunicación adaptativos paciente-familiar. -Evalúa la respuesta familiar ante una recaída y promover en su caso estilos de comunicación adaptativos que favorezcan la no ocultación de las mismas y/o el desarrollo del Efecto de Violación de la Abstinencia. -Analiza las disfunciones surgidas en el entorno familiar, laboral y personal.	-Asegura, junto con el familiar, la revisión del control de gastos "cada tres días", el cumplimiento de las medidas de control de estímulos y la puesta en marcha de actividades alternativas planificadas. -Garantiza el análisis de los aspectos familiares y de las ventajas e inconvenientes de las ocultaciones de una posible recaída. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesión de Auto refuerzo: Tiempo aproximado 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso.	-Realiza seguimiento de los objetivos terapéuticos. -Realiza seguimiento del control de gastos. -Instruye en el concepto de auto refuerzo.	-Asegura la revisión del control de gastos "cada tres días", modificándolo a "control de gastos semanal" en caso de buena evolución. -Analiza con el paciente la relación entre la calidad de vida conseguida, las mejoras personales, familiares, laborales, etc. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesión de Intervención Familiar: Tiempo aproximado 60 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso y el familiar co terapeuta.	-Realiza seguimiento de los objetivos terapéuticos con el familiar. -Realiza seguimiento del control de gastos. -Realiza seguimiento de aspectos familiares. -Realiza seguimiento de los aspectos económicos.	-Asegura la revisión del control de gastos "semanal", otras medidas de control y la puesta en marcha de actividades alternativas. -Asegura revisión de la relación familia-paciente, confianza, dudas y estilo comunicacional. -Asegura revisión del progreso de las deudas. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

- Sesiones del Plan de Alta: Estas sesiones no protocolizadas tendrán una frecuencia y duración en función de diferentes factores: (Aparición de recaídas en el proceso,

necesidades del paciente, mantenimiento y/o aparición de psicopatología relacionada, disfunciones familiares, seguimiento de tratamientos farmacológicos instaurados, etc., modificación de objetivos terapéuticos durante el proceso, pobres perspectivas en el mantenimiento y afianzamiento de la abstinencia como objetivo terapéutico, otros factores a valorar por el equipo terapéutico.

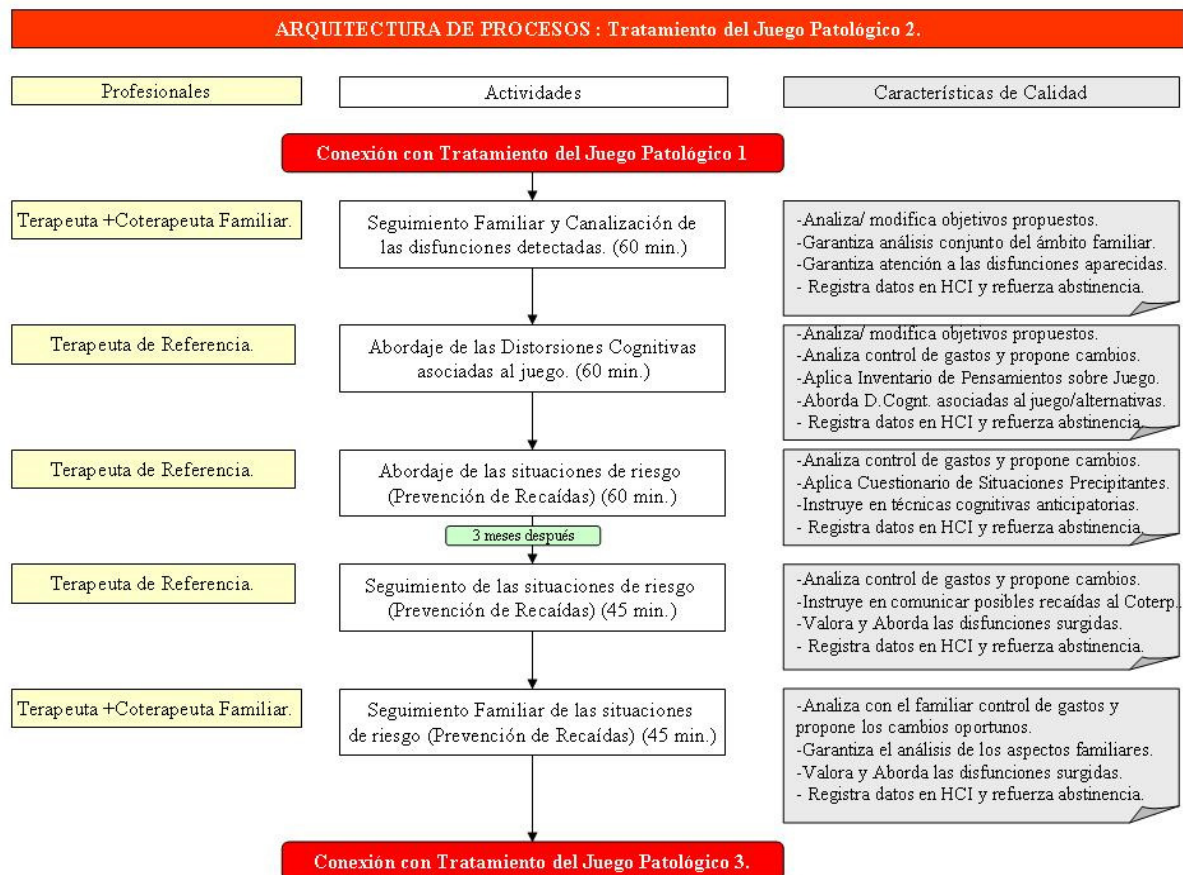
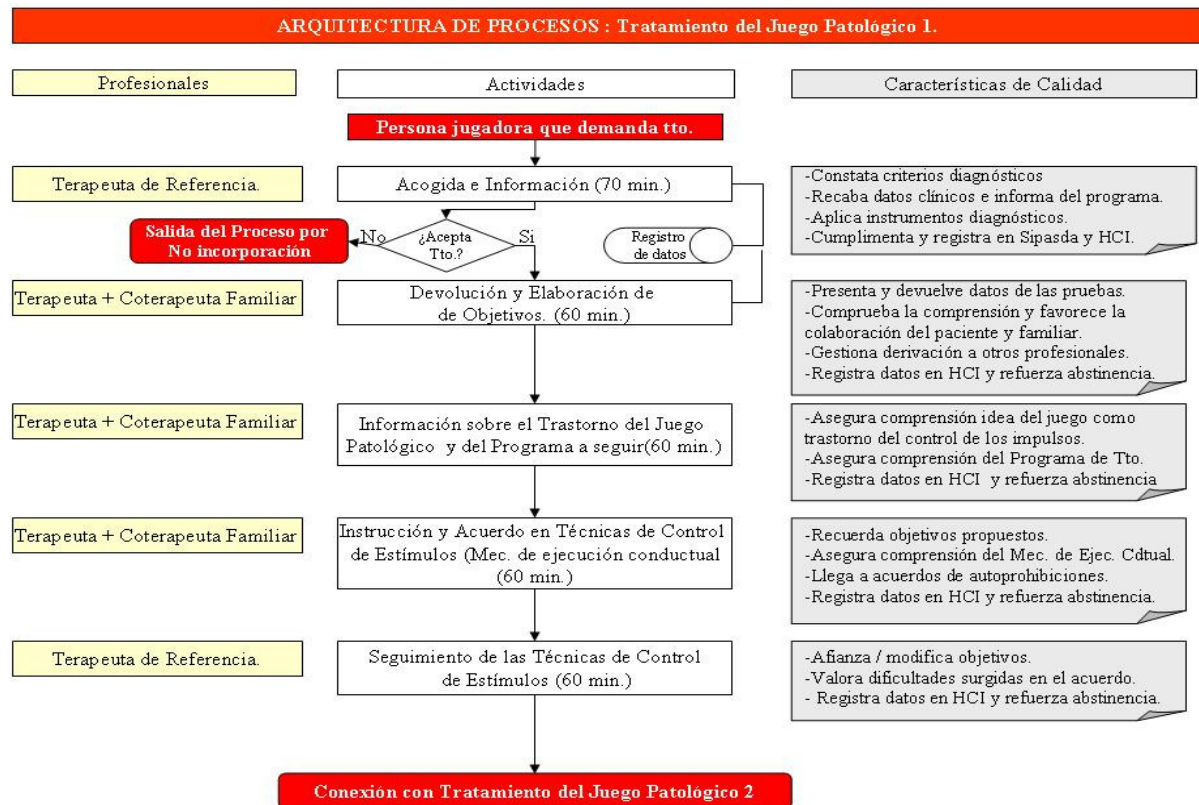
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional que asume el caso y el familiar co terapeuta.	-Realiza seguimiento de las disfunciones surgidas en el entorno familiar, laboral y personal. -Realiza seguimiento del control de estímulos. -Realiza seguimiento de las cogniciones adaptativas. -Realiza balance del tratamiento con el paciente y los familiares.	-Favorece que el control del dinero y auto registro de gastos se flexibilice hasta dejar en manos del paciente y del familiar la conveniencia de seguir con el mismo. -Favorece el autocontrol ante la exposición de estímulos de riesgo (hábitos, juegos, amistades, etc.). -Refuerza el mantenimiento de actividades alternativas al juego. -Refuerza cogniciones adaptativas en torno al juego (aleatoriedad) y de las cogniciones en torno al proceso de recuperación (cronicidad, dificultad del juego controlado, mantenimiento de la abstinencia absoluta). -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos.

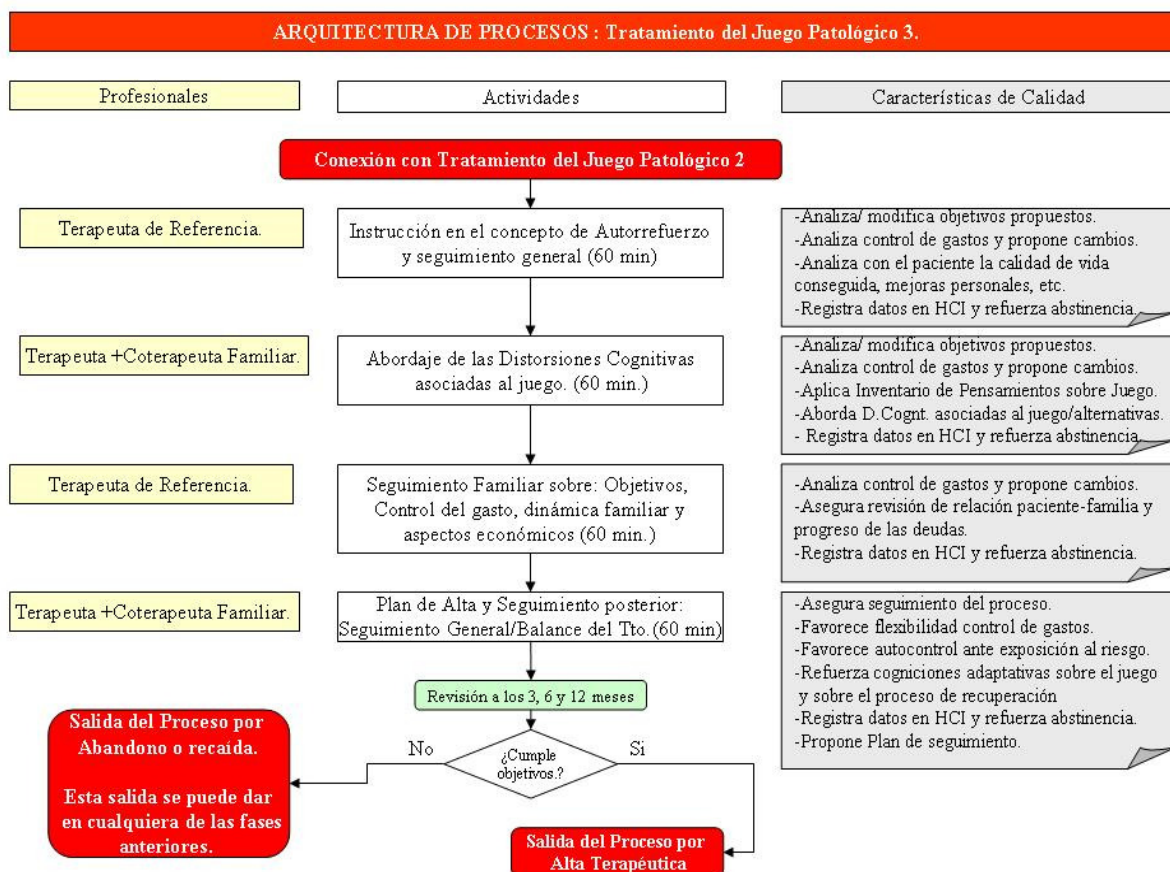
- Sesiones de Seguimiento: Se propone la realización de citas de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

10 Componentes del proceso.

No se requiere ningún componente específico para el desarrollo del proceso.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.





12 Indicadores del proceso.

Actualmente nuestro Sistema de Recogida de datos e información (SIPASDA) no dispone de ningún mecanismo que nos permita recabar la información obtenida en el proceso del paciente.

Sólo disponemos de 3 indicadores:

- Nº de FIBATs (Inicios y/o reinicios) por Juego patológico realizadas por CTA, atendiendo a las características sociodemográficas especificadas de sexo, edad, características del juego, etc.)
- Nº y porcentaje de pacientes adscritos al programa en un día determinado.
- Nº y porcentaje de pacientes adscritos al programa en un periodo determinado.

Estos indicadores son claramente insuficientes, ya que no podemos conocer la trayectoria seguida ni la forma de salir del programa de los usuarios, lo que nos limita enormemente el conocimiento y la evaluación tanto individual como la global del protocolo.

La única información disponible, sería por lo tanto, aquella que se pudiera desprender del registro en la Historia Clínica de cada uno de los usuarios que participen en este protocolo.

13 Anexos.

ANEXO 1. Vínculo al Sistema de Gestión de Pruebas Diagnósticas.

<https://www3.dipucadiz.es/drogodependencia/>

ANEXO 2. Vínculo al libro "Cuando jugar no es divertido" C. Atienza Marmolejo. Diputación de Cádiz. 2008.

<http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/actualidad/publicacion-es-pdf/cuando-jugar.pdf>

ANEXO 3. Vínculo al libro "Guía Clínica: Actuar ante el juego patológico". Varios Autores. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2007.

http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_JUEGO/GUIA_CLINICA_JUEGO_PATOLOGICO.pdf

ANEXO 4. El mecanismo de Ejecución Conductual.

ANEXO 5. Técnica de Control de Estímulos. Recomendaciones generales.

ANEXO 6. Autoprohibición en Casinos y Bingos.

ANEXO 7. Las Distorsiones Cognitivas en el Juego Patológico.

4. El mecanismo de Ejecución Conductual.

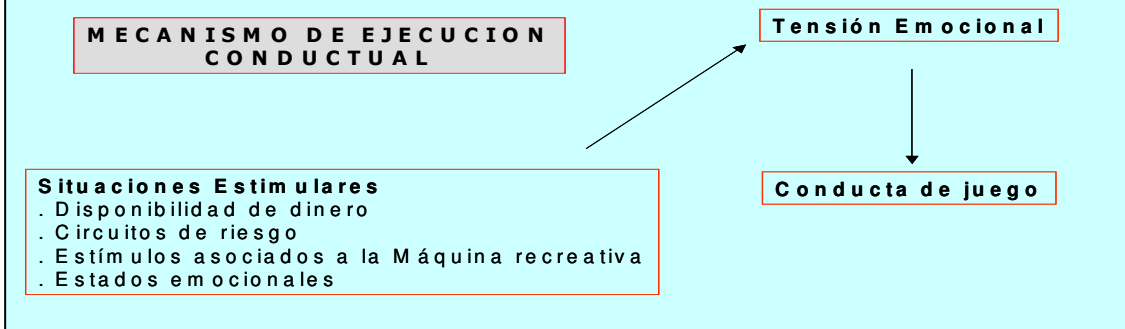
EL MECANISMO DE EJECUCIÓN CONDUCTUAL.

Cuadro 1

- Teoría explicativa del mantenimiento del juego
- En el SNC se establece un mecanismo neurofisiológico de ejecución de una conducta, cuando dicha conducta se convierte en habitual. Ese mecanismo es activado cuando la persona está en presencia de estímulos que precedieron la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta.
- Si la conducta no es completada cuando el sujeto es estimulado, el MEC produce un aumento de la activación, y por tanto de tensión subjetiva. El malestar producido por esta situación fuerza al sujeto a completar la conducta, incluso aunque no desee hacerlo.

EL MECANISMO DE EJECUCIÓN CONDUCTUAL.

Cuadro 2



5. TÉCNICA DE CONTROL DE ESTIMULOS. RECOMENDACIONES GENERALES.

- Evitar situaciones de contacto directo con el juego (bares con máquinas, bingos, etc.)
- Justificar gastos mediante ticket de compra
- Control del dinero: el paciente ha de llevar encima sólo el dinero que necesite para cada día, el cual ha de haber pactado previamente con el co terapeuta. Se deberán pasar cuentas con el co terapeuta diariamente, justificando con tickets los gastos que se hayan tenido durante el día. En función de la evolución mostrada por el paciente en el transcurso de las sesiones se irá espaciando la pauta de control de gastos, es decir, el control de gastos pasará a ser cada 2 días, dos veces a la semana, una vez a la semana y por último, quincenal. En caso de que el paciente, previamente a iniciar tratamiento, ya se encuentre realizando de una forma adecuada control de dinero con una determinada periodicidad, se pautará un control de gastos a partir de dicha periodicidad.
- El co terapeuta ha de hacerse cargo del dinero del paciente temporalmente (libretas, tarjetas, talonarios, etc.) y administrarle cada día el dinero que pacte con el paciente, en función de la previsión de gastos para ese día.
- Rellenar auto registro de control de dinero diariamente.
- Se añadirán o modificarán pautas en función de las necesidades individuales de cada paciente.
- La rigidez de los controles se irá flexibilizando a medida que avance el programa de tratamiento.
- Para los jugadores de bingos y casinos será obligatoria la autoprohibición de la entrada a bingos / casinos.

6. Autoprohibición en Casinos y Bingos.

- Cuando una persona es jugadora patológica de bingos o de casinos, la autoprohibición de entrada a los mismos se convierte en un paso imprescindible para controlar la ludopatía. Cuando una persona se auto prohíbe, no podrá entrar en bingos o casinos hasta el levantamiento de dicha prohibición. La autoprohibición viene recogida en:
 - Para BINGOS en el artículo 30 de la ORDEN de 9 de Enero de 1979 por la que se aprueba el Reglamento del juego del Bingo (B.O.E. nº 21, de 24 de enero), modificada por las también Ordenes Ministeriales de 7 de febrero 1980 (B.O.E. nº 40, de 15.2.1980), de 21 de octubre de 1980 (B.O.E. nº 255, de 23.10.1980), de 23 de enero de 1984 (B.O.E. nº 36, de 11.2.1984) y 14 de mayo de 1993 (B.O.E. nº 121, de 21.5.1993)
 - Para CASINOS en el artículo 29 de la Orden de 9 de enero, por la que se aprueba el Reglamento de Casinos de Juego (B.O.E. nº 20, de 23.1.1979)
 - La autoprohibición puede realizarse a través de tres modalidades diferentes:
 - a. **Inscripción propia:** El propio Jugador realiza la autoprohibición
 - b. **Petición familiar:** Algún miembro de la familia directa (hijos, cónyuge, etc.), previa justificación de dicha relación, puede realizar la autoprohibición sin el consentimiento del jugador. En este caso, se inicia un trámite de audiencia en el que el jugador recibirá notificación de dicha prohibición y dispondrá de un plazo máximo de 10 días para revocarla. Si en dicho plazo el Servicio de Juego de la Delegación del Gobierno en Andalucía no recibe contestación al escrito enviado, se entenderá que está de acuerdo y por tanto se llevará a efecto la prohibición de entrada en bingos y casinos.
 - c. **Petición del establecimiento de juego:** Siguiendo el mismo procedimiento anterior.
 - **EL PROCEDIMIENTO** a seguir para llevar a efecto la autoprohibición es el siguiente:
 1. Cumplimentar **solicitud** de autoprohibición según las modalidades descritas. Esta solicitud incluye datos personales y ámbito de prohibición de la entrada (nacional, regional, provincial o local) y se facilita en el
Servicio de Juego- Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía
- 1.1 Pza. De España 19, 3ª planta (11071 – CADIZ)**
- 1.2 Tfno.: 956008157**
- O puede descargarse de:
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2007/203/d/updf/d2.pdf>
2. Entregar en el mismo Servicio dicha solicitud, personalmente o mediante correo, acompañada de **fotocopia de DNI** en la modalidad de inscripción propia y **fotocopia de libro de familia** donde aparezca la relación familiar, en la modalidad de petición familiar.
 3. En los días siguientes a la solicitud el jugador recibirá **notificación** de su inclusión en los listados de auto prohibidos.
- La autoprohibición tiene un **CARÁCTER INDEFINIDO**. Sin embargo esta puede ser anulada por el propio jugador no antes de los 6 meses posteriores al inicio de la misma. Para cancelar la autoprohibición se tramitará una solicitud facilitada en el Servicio de Juego.
 - Los listados de auto prohibidos y de cancelaciones se envían mensualmente a los casinos y bingos, considerándose como **FALTA GRAVE**, según el artículo 29 de la Ley nº 2/1986, de 19 de abril de 1986, reguladora de los Juegos y Apuestas en Andalucía (B.O.E. nº 132, de 3.6.1986), permitir la entrada en dichos establecimientos a personas que aparezcan en los mismos.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE GOBERNACIÓN

SOLICITUD

REGISTRO DE CONTROL E INTERDICCIÓNES DE ACCESO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE JUEGOS Y APUESTAS

INSCRIPCIÓN A PETICIÓN PROPIA

1 DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A				
APELLIDOS Y NOMBRE				
☐ DNI	☐ PASAPORTE	☐ NIE / T. RESIDENCIA	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO
Nº.:				
DOMICILIO				
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX

2 DATOS DE LA INSCRIPCIÓN	
2.1.- Tipo de Establecimiento:	☐ Bingo. ☐ Casinos. ☐ Salones de Juego con Acceso Restringido en Andalucía.
2.2.- Tipo de Ámbito Territorial:	☐ Provincial: ☐ Toda la Comunidad Autónoma.
2.3.- Todos los establecimientos de Juego con acceso restringido y en todo el Territorio Nacional ☐	
Duración de la prohibición: La inscripción será por tiempo indefinido, con una vigencia mínima de seis meses, contados desde la fecha de la Resolución definitiva, a partir de los cuales podrá solicitarse la cancelación de la misma por el/la interesado/a.	

3 DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
☐ DNI. ☐ Pasaporte. ☐ NIE. ☐ Tarjeta de residencia.

4 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante, DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente y SOLICITA la prohibición de acceso a los establecimientos señalados en el apartado 2. En a de de EL/LA INTERESADO/A Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A DEL GOBIERNO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Gobernación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el cumplimiento de la normativa específica en materia de Juego y Apuestas.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Espectáculos Públicos y Juego. Consejería de Gobernación. Plaza Nueva, nº 4. 41071 - SEVILLA.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE GOBERNACIÓN

REGISTRO DE CONTROL E INTERDICIONES DE ACCESO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE JUEGOS Y APUESTAS INSCRIPCIÓN PROPIA A TRAVÉS DE UN FAMILIAR

SOLICITUD

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE				
APELLIDOS Y NOMBRE				
DNI/PASAPORTE/NIE/T. RESIDENCIA	NACIONALIDAD		PARENTESCO	
DOMICILIO				
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX

2 DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A				
APELLIDOS Y NOMBRE				
☐ DNI	☐ PASAPORTE	☐ NIE / T. RESIDENCIA	NACIONALIDAD	FECHA NACIMIENTO
Nº:				
DOMICILIO				
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓD. POSTAL	TELÉFONO	FAX

3 DATOS DE LA INSCRIPCIÓN	
3.1.- Tipo de Establecimiento:	☐ Bingo. ☐ Casinos. ☐ Salones de Juego con Acceso Restringido en Andalucía.
3.2.- Tipo de Ámbito Territorial:	☐ Provincial ☐ Toda la Comunidad Autónoma.
Duración de la prohibición: La inscripción será por tiempo indefinido, con una vigencia mínima de seis meses, contados desde la fecha de la Resolución definitiva, a partir de los cuales podrá solicitarse la cancelación de la misma por el/la interesado/a.	

4 DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
☐ DNI. ☐ Pasaporte. ☐ NIE. ☐ Tarjeta de residencia. ☐ Documentación que acredite el vínculo familiar.



5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante, DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente y SOLICITA la prohibición de acceso a los establecimientos señalados en el apartado 3. En a de de CONFORMIDAD DEL/DE LA INTERESADO/A (1) EL/LA SOLICITANTE Fdo.: Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A DEL GOBIERNO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA EN

(1) La conformidad podrá aportarse en cualquier momento antes de la inscripción.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Gobernación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad el cumplimiento de la normativa específica en materia de Juego y Apuestas.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Espectáculos Públicos y Juego. Consejería de Gobernación. Plaza Nueva, nº 4. 41071 - SEVILLA.

7. LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN EL JUEGO PATOLOGICO

La incertidumbre propia de los juegos de azar, hace que confiemos en principios y reglas que se convierten en sesgos cognitivos que nos llevan a asumir más conductas de riesgo. A estos principios se les confiere el papel de reducir la incertidumbre, infravalorando la influencia del azar. Es un intento de controlar o predecir lo que funciona por azar.

Las distorsiones cognitivas propias de Jugadores Patológicos son las siguientes:

- **ILUSION DE CONTROL.** Los resultados del juego dependen más de la propia actividad que del azar. *"Tengo un sistema para ganar"*
- **LA SUERTE.** La suerte personal como un factor predictivo o explicativo de los resultados del juego. *"Tengo una suerte especial"*
- **PREDICCIONES.** Predicciones particulares sobre futuros resultados atendiendo a jugadas anteriores o a una sensación o intuición. *"Ahora va a salir porque cuando salen muchas fresas..."*
- **AZAR COOMO PROCESO AUTOCORRECTIVO.** Creencia en que la probabilidad de un evento aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario. *"La máquina está caliente... Tiene que estar a punto porque lleva mucho sin salir"*.
- **PERDER POR POCO.** El jugador cree que ha estado cerca del premio y que hay más probabilidades de que salga próximamente. *"Dos naranjas, por poco, me estoy acercando"*.
- **SUPERSTICIONES.** Asociaciones accidentales entre un determinado evento y un premio pensando que dicho evento o conducta aumenta la probabilidad de ganar. *"Echo las monedas de 20 en 20 porque así tengo mas suerte"*.
- **ATENCION SELECTIVA A LAS GANANCIAS.** Se mide el éxito en el juego considerando sólo cuánto se gana sin atender a lo que se pierde. *"Los chinos siempre ganan..."*
- **PERSONIFICACION.** Atribución de cualidades humanas a la máquina, como por ejemplo, intenciones. *"Me estás engañando ... A ver si se confunde y me da un premio"*

Los jugadores de MT presentan con más frecuencia las predicciones, consideración del azar como proceso auto correctivo y la personificación como sesgos cognitivos habituales.

- La ilusión de control está más presente en las primeras fases del juego. El jugador llega a "comprender" que no se puede manipular a la máquina.
- De la "ilusión de control" se pasa a la "ilusión de predicción"
- La "suerte" no tiene un papel tan importante en jugadores habituales. Para ellos lo importante es:
 - La intención de la máquina (personificación)
 - Lo caliente o fría que esté (azar como proceso auto correctivo)
 - Lo que haya ocurrido en jugadas anteriores (predicciones)

Programa-Guía de Intervención sobre Adicciones Comportamentales (No Ludopatías)

1 Generalidades sobre el proceso.

Las adicciones comportamentales se conceptualizan como un "trastorno del control de los impulsos no especificado", en el que una conducta concreta altera los procesos mentales y provoca la sintomatología observada en todo trastorno adictivo. Es una enfermedad que presenta comorbilidad importante, en particular con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos por uso de sustancias, trastornos de la personalidad y otros trastornos del control de impulsos.

Estas conductas adictivas pueden producir síndrome de abstinencia (conjunto de síntomas que aparecen al cesar o reducir la frecuencia del comportamiento) y una progresiva dificultad y pérdida de control con respecto a la realización de dicho comportamiento.

Pueden ser causa de malestar significativo o deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Entre este tipo de adicciones podemos distinguir como más frecuentes la adicción al juego, al consumo (compras), al sexo, a los videojuegos, a Internet, a la telefonía móvil, al trabajo o al ejercicio físico.

Adicción a compras: Incapacidad de control hacia la conducta de comprar. Necesidad de comprar continuamente aunque no se tenga ninguna necesidad de lo comprado.

Adicción al sexo: Pérdida de control sobre la conducta sexual. Puede presentarse de diferentes formas: masturbación compulsiva, búsqueda ansiosa de relaciones sucesivas con múltiples amantes, frecuentación habitual de prostíbulos, consumo abusivo de teléfonos eróticos y/o páginas de Internet con contenido sexual...

Adicción a nuevas tecnologías (videojuegos, Internet, telefonía móvil): Supone una pauta de uso desadaptativa de estas tecnologías. Dificultad tanto en el control del inicio de la actividad como en la interrupción de la misma.

Adicción al trabajo: Necesidad excesiva, desadaptativa e incontrolable de mantener actividades laborales. Se da una pérdida importante de encontrar satisfacción en la realización de otro tipo de actividades.

Adicción al ejercicio físico: Trastorno en que la práctica deportiva se realiza de forma excesiva y compulsiva, generalmente se da una percepción distorsionada de la autoimagen física.

2 Definición funcional.

Conjunto de intervenciones que incluyen la valoración inicial, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, dirigido a personas que presentan conductas adictivas sin sustancias que desean abandonar el hábito adictivo, con el objetivo de ayudarles a avanzar en su proceso de cambio para lograr un uso adaptativo o normalizado de la conducta.

El objetivo terapéutico general del tratamiento de las adicciones comportamentales, debe ser el reaprendizaje de la conducta de una forma controlada, ya que en general estamos tratando comportamientos necesarios en la vida diaria, no siendo posible la abstinencia como objetivo final del proceso.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Mediante derivación desde cualquiera de los centros sanitarios y/o solicitud directa de la persona a cualquiera de los CTA, con el fin de iniciar un tratamiento destinado a normalizar su conducta adictiva.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Persona que durante 18 meses se encuentra en estadio de mantenimiento de los objetivos terapéuticos acordados y por lo tanto finaliza su programa exitosamente con alta terapéutica. Igualmente consideraremos el resto de las opciones generales del circuito terapéutico:

- Usuario que no acepta condiciones o propuesta terapéutica inicial.
- Abandono de tratamiento.
- Alta voluntaria.
- Alta derivada.
- Éxito o fallecimiento.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

No se incluyen en este proceso las intervenciones específicas para la ludopatía, las cuales se han desarrollado en procedimiento propio.

Especial atención merece la inclusión en este proceso de los menores de edad y personas con trastorno mental grave, que deberán ser consideradas específicamente.

No se inicia tratamiento mediante la vía de urgencia.

6 Responsable del proceso.

El profesional de la psicología será el responsable del proceso, pudiendo éste establecer con otros profesionales del centro un sistema compartido de responsabilidades, atendiendo a las características y particularidades del equipo.

7 Observaciones.

- Evidentemente, al igual que cualquier otro problema psicológico o de comportamiento, una conducta adictiva se considerará tal en función del grado de malestar clínicamente significativo que produce en el sujeto, sumado al deterioro paralelo de funcionamiento en sus diversos campos de acción: familia, escuela, trabajo, relaciones interpersonales, entre otros.

La oferta de tratamiento que se propone, es un programa multicomponente que engloba desde estrategias farmacológicas de apoyo hasta estrategias conductuales diversas, partiendo del enfoque conductual-cognitivo de intervención como marco de referencia, utilizando técnicas de exposición en vivo, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras, que han demostrado su eficacia y efectividad.

- En la actualidad ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) ni en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) se reconocen las adicciones comportamentales como trastornos mentales, a excepción de la ludopatía o juego patológico, para la cual se definen criterios diagnósticos específicos dentro de la categoría de trastornos del control de impulsos.

No obstante, parece haber cada vez mayor consenso en cuanto a considerar estos

trastornos como trastornos adictivos similares a los provocados por el consumo de sustancias, con la diferencia de que es una conducta la que los desencadenan y no una sustancia, y con un especial énfasis en la pérdida de control. Por tanto los criterios diagnósticos a aplicar deben ser equivalentes a los formulados para los trastornos adictivos con sustancias, adaptados a la conducta problema concreta.

Los **criterios** básicos para el diagnóstico de un trastorno adictivo comportamental son los siguientes:

- Patrón desadaptativo por un periodo continuado de tiempo
- Pérdida de control sobre la conducta
- Síndrome de abstinencia
- Dependencia psicológica
- Interferencia en las actividades de la vida cotidiana
- Pérdida de interés por otras actividades

- A continuación se describen los tipos de adicciones susceptibles de ser notificadas en nuestro sistema y sus códigos correspondientes y Diagnóstico CIE 10 disponible:

Código Fibat	Tipo	CIE 10
0002	Adicción sin sustancia- Sexo	F52.7 Impulso Sexual Excesivo
0003	Adicción sin sustancia- Trabajo	F63.8 Otros trastornos de los Hábitos y de los Impulsos. En observaciones indicar el tipo del que se trata.
0004	Adicción sin sustancia- Compras	
0005	Adicción sin sustancia- Móvil	
0006	Adicción sin sustancia- Ejercicio	
0007	Adicción sin sustancia- Videojuegos	
0008	Adicción sin sustancia- Otras	

8 Destinatarios del proceso.

Toda persona que demande tratamiento y que presente un diagnóstico clínico compatible con algún tipo de adicción comportamental.

9 Actividades del proceso.

A pesar de que no hay tratamiento estándar, basado en la evidencia, eficaz para este tipo de trastornos, en la clínica se practican modelos de tratamientos farmacológicos, psicológicos y de autoayuda basados en los modelos aplicados a los trastornos por sustancias.

La opción de tratamiento con mejores resultados sería un modelo combinado de tratamiento farmacológico con tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual y motivacional. Adaptando dicho tratamiento a las características específicas de cada adicción y haciendo un abordaje personalizado e individual. Complementariamente si es necesario se intervendrá a nivel familiar y/o de pareja.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Acogida, Evaluación y Diagnóstico.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Psicólogo referente en	-Analiza la demanda y la motivación del paciente.	-Favorecer el buen clima terapéutico. -Garantiza la realización de un diagnóstico principal y de otros

el CTA	-Evalúa la conducta adictiva y sus consecuencias. -Devuelve información y propone plan de trabajo inicial.	- trastornos psicopatológicos asociados o comorbilidad. -Realiza diagnóstico motivacional. -Evalúa los problemas psicosociales y/o ambientales. -Realiza análisis funcional de la conducta: situaciones que disparan la conducta, estímulos externos e internos que intervienen en el proceso, pensamientos y emociones, tiempos empleados, correlatos fisiológicos, etc. -Aplica instrumentos diagnósticos específicos: (Entrevista Clínica, Multicage CAD-4 y Escala de Adicción General EAG. Valora la aplicación de otras pruebas aún no validadas como Test de Riesgo de Adicción al Trabajo, Escala de Adicción a Internet de Young o Test de Detección de adicción Sexual- SAST) -Aplica instrumentos diagnósticos generales como SCL-90R y SCID II. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda.
--------	---	--

- Establecimiento de Objetivos y Plan Terapéutico Individualizado.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Psicólogo en el CTA	-Realiza devolución de resultados de la exploración realizada. -Elabora los objetivos terapéuticos junto con el paciente y sus familiares. -Propone el PTI.	-Explica de forma clara las normas y procedimientos que regirán la relación. -Asegura que el paciente entiende el significado de sus problemas y busca el compromiso de éste para producir los cambios. -Propone citas con otros profesionales para actuar sobre necesidades diagnosticadas. -Registra la actividad en la Historia Clínica Informatizada y Sipasda.

- Plan de Intervención y Seguimiento.

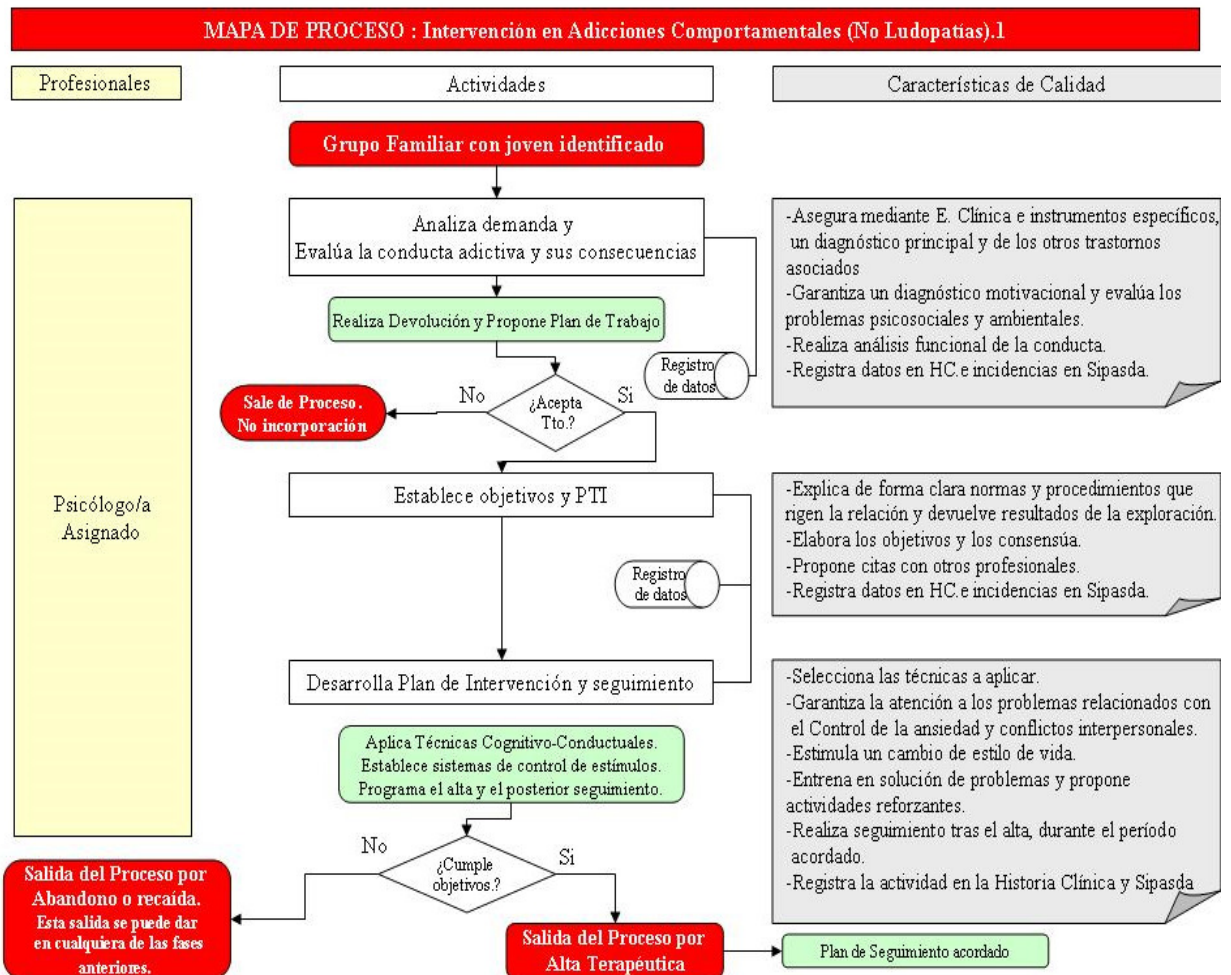
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Psicólogo en el CTA	-Aplica Técnicas Cognitivo-Conductuales. -Establece sistemas de control de estímulos vinculados a la adicción. -Establece sistemas de detección y control de problemas que pueden ir surgiendo. -Programa el alta y los procedimientos de seguimiento posterior al alta.	-Selecciona las técnicas a aplicar (en los estadios de Precontemplación y Contemplación se utilizan más los elementos cognitivos "Psicoeducación, incremento motivacional", siendo los conductuales "control estímulos, prevención de recaídas etc." Los más indicados a partir del estadio de acción. -Garantiza la atención a los problemas relacionados con el Control de la ansiedad, control de la depresión y control de los conflictos interpersonales.

		-Favorece un cambio de estilo de vida. -Entrena en solución de problemas y propone actividades reforzantes. -Realiza seguimiento tras el alta, durante el período acordado. -Registra la actividad en la Historia Clínica.
--	--	---

10 Componentes del proceso.

No se requiere ningún componente específico para el desarrollo del proceso.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

Actualmente nuestro Sistema de Recogida de datos e información (SIPASDA) no dispone de ningún mecanismo que nos permita recabar la información obtenida en el proceso del paciente. La única información disponible, sería por lo tanto, aquella que se pudiera

desprender del registro en la Historia Clínica de cada uno de los usuarios que participen en este protocolo, lo que actualmente se está programando.

Todo ello con el fin de conocer:

- Nº de usuarios que se incorporan al proceso, según CTA a lo largo de cada año.
- Nº de usuarios que salen del tratamiento, según causa.
- Tiempo medio de permanencia en el centro.

13 Anexos.

Sin Anexos.

Programa-Guía de tratamiento de la adicción al tabaco.

1 Generalidades sobre el proceso.

Se propone un modelo de intervención para el tratamiento de la adicción al tabaco basado en un programa multicomponente, adaptado a las características de la persona (psicopatología, edad, etc.) y a la situación motivacional del individuo (motivos que le llevan a querer cambiar, estímulos asociados a la conducta adictiva, etc.).

Este modelo se configura con el propósito de que en todos los CTA, haya un programa de atención al tabaquismo y todos los profesionales sanitarios realicen tanto intervenciones básicas como avanzadas.

2 Definición funcional.

Conjunto de intervenciones que incluyen la valoración inicial, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, dirigido a personas fumadoras que desean abandonar el consumo, con el objetivo de ayudarles a avanzar en su proceso de cambio y puedan abandonar el consumo definitivamente.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Mediante derivación desde cualquiera de los centros de salud y/o cuando solicite la persona voluntariamente iniciar un tratamiento en un CTA con el fin de cesar en el consumo.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Persona que durante 6 meses se ha mantenido abstinente y por lo tanto finaliza el programa exitosamente, o bien que por voluntad propia decide abandonar el proceso.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

No se describen en este proceso las intervenciones específicas en menores de edad, embarazadas y personas con trastorno mental grave, que deberán ser consideradas específicamente.

6 Responsable del proceso.

En cada CTA se optará por que sea un profesional el responsable del proceso o, bien se establecerá un sistema compartido de responsabilidades, atendiendo a las características y particularidades del centro.

7 Observaciones.

En tanto que trastorno adictivo crónico, toda persona que abandone el proceso de deshabituación o tenga recaídas y decida intentar de nuevo el abandono, volverá a ser incluida en el proceso.

8 Destinatarios del proceso.

Toda persona que manifieste voluntariamente someterse a un tratamiento para abandonar el consumo del tabaco y que presente un diagnóstico clínico de dependencia a la nicotina.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Primera Sesión. (Fase de Acogida): Tiempo aproximado 45 minutos.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Cualquiera de los profesionales que realizan las acogidas en los centros, utilizándose para ello procedimientos homogéneos y comunes por parte de todos.	-Presenta el programa de tratamiento a llevar a cabo. -Evalúa la adicción y las características del consumo, haciendo énfasis en la anamnesis, en la valoración de psicopatología previa, comorbilidades, crisis vitales y convivientes fumadores. -Informa sobre las ventajas a largo plazo del abandono del consumo y de las consecuencias directas de la cesación tabáquica. -Entrena en autoinstrucciones y en la percepción de las situaciones (cigarrillos fumados conscientemente) y en estrategias para el incremento de la conciencia de problema, motivación y confianza.	-Presenta de forma clara el programa a llevar a cabo. -Recoge datos clínicos, acompañada de información relevante y personalizada respecto de la conducta adictiva. -Cumplimenta la Ficha de Admisión a Tratamiento y otras notificaciones en el SIPASDA -Administra instrumentos diagnósticos :Test de Fagestrom, Cuestionario de motivación del fumador, Test de Richmond y Test de Glover-Nilsson -Propone la elaboración de autoregistros de motivos personales y adopta acuerdos sobre el tratamiento a seguir. -Registra la actividad en la HC.

- Segunda Sesión. (Fase de Instauración del Tratamiento Farmacológico). Tiempo aproximado 30 minutos. Esta cita se podrá realizar el mismo día de la Primera sesión, si las condiciones del circuito y/o el profesional en acogida es médico. Si no fuera así, intentar que el tiempo transcurrido no sea superior a una semana.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Médico del CTA	-Evalúa aspectos médicos previos al cese tabáquico. -Instaura el tratamiento farmacológico como estrategia facilitadora del abandono del consumo, tras haber valorado y explicado las distintas opciones posibles	-Asegura la recogida de datos clínicos y medición de CO, peso y tensión arterial -Revisa los autoregistros y listados proporcionados por el usuario. -Elige consensuadamente el primer día sin tabaco. -Proporciona instrucciones específicas para el manejo del stress (relajación, respiración diafragmática, ejercicios), y consejos para los días previos al abandono del tabaco. -Prescribe la medicación adecuada y garantiza su comprensión. -Registra las tareas realizadas en la HC.

NOTA SOBRE LAS SESIONES 1 Y 2:

Tras una valoración de las características de los pacientes, y atendiendo a que éstos pudieran presentar una clara motivación para el cambio (se encuentren en estadios de preparación y acción) junto, con que la dinámica del circuito terapéutico del centro así

lo permitiera, se podría llevar a cabo las dos sesiones primeras en un solo día.

Por otro lado, los pacientes cuya motivación para cesar en el consumo es baja o poco elaborada (plantea objeciones y resistencias a iniciar cambios, anticipa dificultades o consecuencias no deseadas) pueden precisar de intervención de incremento motivacionales previas a darles la segunda cita.

Entre la sesión primera y la segunda, es conveniente que el paciente lleve a la práctica métodos de reducción progresiva de la dependencia.

- Tercera Sesión. (Fase de Preparación del cese del consumo): Tiempo aproximado 45 minutos. Esta cita se deberá realizar aproximadamente 15 días después de la instauración del tratamiento y de 1 a 3 días antes de la fecha elegida del cese del consumo.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
El terapeuta de referencia que inició el proceso, en estrecha colaboración con el médico para la valoración de los aspectos médico.	-Analiza los efectos del tratamiento farmacológico instaurado. -Prepara, desde el punto de vista cognitivo-conductual, el primer día sin tabaco.	-Revisa el tratamiento farmacológico, estableciendo las modificaciones si hubiera lugar y el refuerzo de su adherencia. -Explora clínicamente (cooximetría, peso, dieta y ejercicio). -Entrega personalmente la Hoja del Manejo del Deseo. -Asegura la puesta en marcha de técnicas de parada de pensamiento y entrenamiento en distracciones cognitivas y en autoinstrucciones relacionadas con los efectos negativos de dejar de fumar. -Revisa la Hoja de Motivos Personales (Ver Anexo y explora qué elementos están asociados al manejo del deseo. -Registra la actividad en la HC.

- Cuarta Sesión. (Fase de Valoración del Síndrome de Abstinencia): Tiempo aproximado 45 minutos. Esta cita se deberá realizar aproximadamente de 1 a 2 semanas después de la última cita.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
El terapeuta de referencia que inició el proceso, en colaboración con el médico para la valoración de los aspectos médico-biológicos, si hiciera falta.	-Explora el síndrome de abstinencia presentado y revisa el tratamiento y otros efectos relacionados con el cese del tabaco. -Pone en marcha estrategias de prevención de recaídas y mantenedoras de la abstinencia	-Analiza y valora las dificultades encontradas en cuanto al síndrome de abstinencia mediante Escalas de Síntomas, Cooximetría, toma de tensión arterial y peso, repercusiones del posible aumento de peso para fomentar control nutricional y ejercicios y exploración psicopatología emergente y gestiona su tratamiento si procede. -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y los logros conseguidos. -Ayuda a Identificar estados desencadenantes del deseo y cómo afrontarlos.

- Quinta Sesión. (Fase de Seguimiento): Tiempo aproximado 45 minutos. Esta cita se deberá realizar aproximadamente al mes del cese del consumo.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
El terapeuta de referencia que inició el proceso, en colaboración con el médico para la valoración de los aspectos médico-biológicos, si hiciera falta.	-Refuerza y ayuda a mantener la abstinencia. -Prepara para la reducción del tratamiento farmacológico.	-Analiza y valoran la situación actual y los síntomas que pudieran emerger. -Realiza la exploración clínica (cooximetría, peso, tensión arterial, dieta y ejercicio). -Estimula los logros conseguidos. -Establece la pauta de la medicación de cese. -Acuerda la fecha del ALTA -Registra la actividad en la HC.

- Sexta Sesión. (Fase de Alta): Tiempo aproximado 45 minutos. Esta cita se deberá realizar aproximadamente a los tres meses siguientes desde la última cita.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
El terapeuta de referencia que inició el proceso, en colaboración con el médico para la valoración de los aspectos médico-biológicos, si hiciera falta.	-Ayuda a consolidar la abstinencia. -Procede al alta.	-Realiza exploración clínica (cooximetría, peso, tensión arterial, dieta y ejercicio). -Refuerza el mantenimiento de la abstinencia y de los logros conseguidos mediante el repaso de los autoregistros. -Establece definitivamente el cese de la medicación si aún no se ha producido. -Solicita consentimiento para revisión telefónica a los seis meses y al año. -Registra la actividad en la H. C. -Notifica el alta en el SIPASDA.

Nota: Ante la recaída en el consumo de tabaco:

- Analizar y comprender las razones de la recaída.
- Recuperar la confianza para intentarlo de nuevo.
- Elaborar un plan para alcanzar de nuevo la abstinencia lo antes posible.
- Dar apoyo emocional.
- Repasar posibles errores cometidos en el asesoramiento para dejar de fumar.

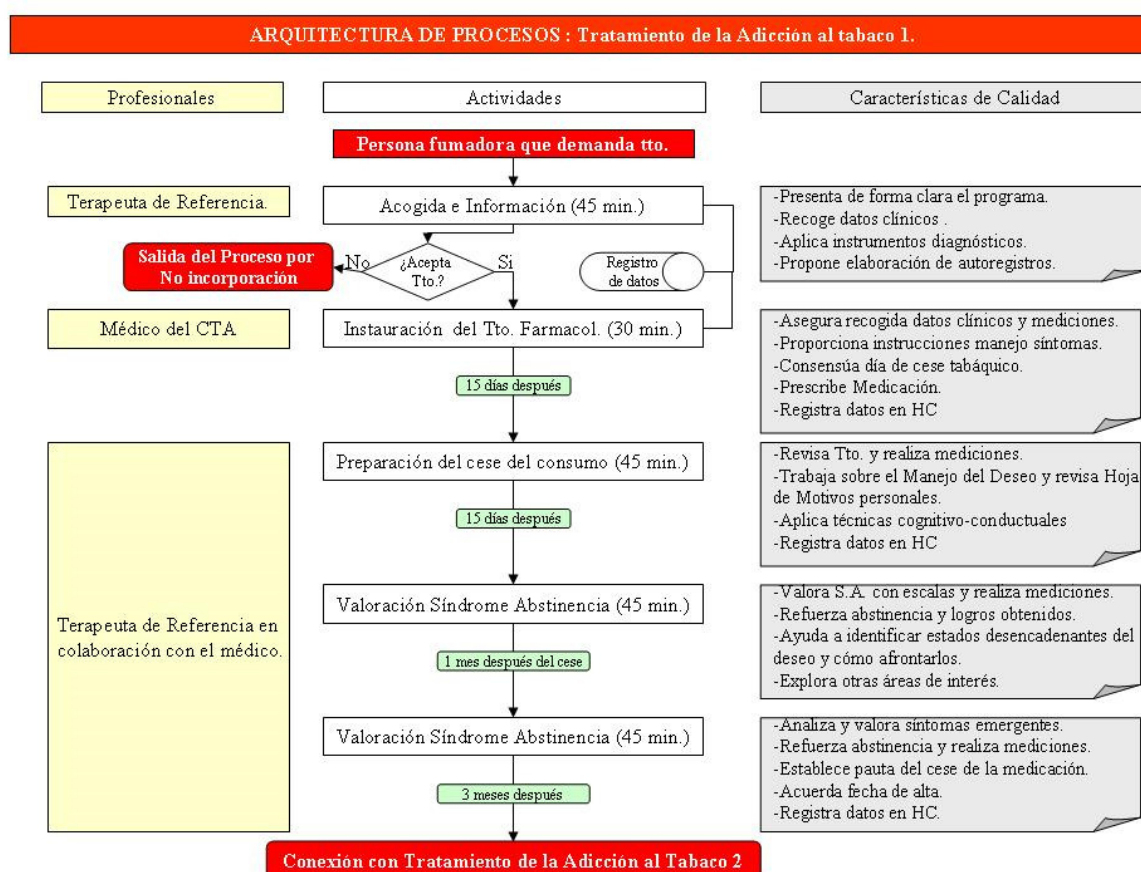
10 Componentes del proceso.

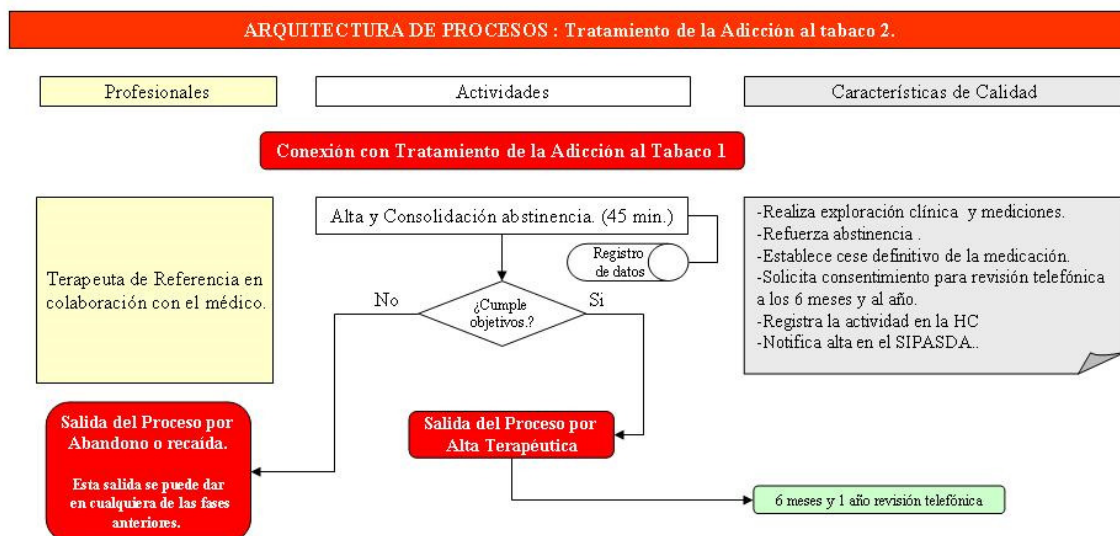
A nivel de recursos humanos, no se requiere ningún componente específico para el desarrollo del proceso.

Los componentes específicos a nivel de aparataje que hemos convenido oportuno destacar son los siguientes:

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
Aparataje	• Elementos auxiliares de exploración: - Peso y tallímetro. - Cooxímetro. - Fonendoscopio. - Esfigmomanómetro. - Camilla. • Material audiovisual: - DVD/Vídeo, TV, equipo de música (CD / cassette/ lector de archivos en formato digital). - Altavoces. - Proyector digital. - Pantalla de proyecciones. - Aplicaciones informáticas para soporte didáctico.	Revisión y calibración según normas y procedimientos estandarizados.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.





12 Indicadores del proceso.

Actualmente nuestro Sistema de Recogida de datos e información (SIPASDA) no dispone de ningún mecanismo que nos permita recabar la información obtenida en el proceso del paciente a lo largo de este programa.

Sólo disponemos de 2 indicadores:

- Número y porcentaje de pacientes adscritos al programa en un día determinado.
- Número y porcentaje de pacientes adscritos al programa en un periodo determinado.

Estos indicadores son claramente insuficientes, ya que no podemos conocer la trayectoria seguida ni la forma de salir del programa de los usuarios, lo que nos limita enormemente el conocimiento y la evaluación tanto individual como la global del protocolo.

La única información disponible, sería por lo tanto, aquella que se pudiera desprender del registro en la Historia Clínica de cada uno de los usuarios que participen en este protocolo, lo que está actualmente en fase de programación.

13 Anexos.

- ANEXO 1. Listado de Motivaciones
- ANEXO 2. Consejos para los días previos al abandono del tabaco.
- ANEXO 3. Hoja para el manejo del deseo.
- ANEXO 4. Valoración del Síndrome de Abstinencia.
- ANEXO 5. Listado de posibles acciones ante la aparición de síntomas.
- ANEXO 6. Guía de Asesoramiento Efectivo y Resolución de problemas.
- ANEXO 7. Indicaciones de los tratamientos farmacológicos.

1.Listado de Motivaciones

Motivos por los que fumo	Motivos por los que quiero dejarlo

2. Consejos para los días previos al abandono del tabaco.

Preparación del fumador que decide dejar de fumar. JANO 2001; 50: 2188-90.

Los siguientes consejos deben ser puestos en práctica hasta el día elegido para dejar de fumar. Te ayudarán a ir rompiendo lazos con el tabaco y a que el fumar no sea tan placentero. Eso te ayudará posteriormente cuando dejes de fumar en serio.

- Comprar los paquetes de uno en uno. No acumules tabaco.
- Plantéate por la mañana los cigarrillos que vas a fumar ese día y no pases de esa cantidad. No los apures hasta el final (no fumes el último tercio).
- Fume el primer cigarrillo del día después del desayuno. Si ya era así, retráselo 10 minutos. No aceptes cigarrillos que te ofrezcan. Tampoco los pidas.
- Hágase incómodo fumar, guarda el tabaco y el mechero después de cada cigarrillo y limpia el cenicero. No lo dejes a tu alcance
- Rompe lazos afectivos. Cambia de marca al acabar cada paquete. Además comenzará a gustarte menos. Sólo vigila que el contenido en nicotina no sea mayor que el de tu marca habitual
- Limita las zonas para fumar. Nunca en la cama, en el coche ni con niños o con no fumadores Fuma menos en el trabajo. Procura imponer un tiempo mínimo entre cigarrillos
- Cuando sientas hambre, en vez de fumar ingiere agua, fruta o chicle sin azúcar.
- Nunca lleves fuego, para que siempre tengas que pedirlo.
- Cuando desees fumar, espera al menos 5 minutos para hacerlo. A veces las ganas pasan.
- No fumes inmediatamente después de comer. Levántate, camina o haz algo.
- En casa fuma sólo en un sitio fijo, que sea algo incómodo (la cocina, el balcón). No en tu sillón favorito
- Elige una fecha para dejar de fumar, anótala y comunícasela a tus amigos y familiares. Pídeles colaboración y paciencia. Adviérteles de que a partir de esa fecha no te den tabaco aunque se lo pidas.
- La noche anterior a la fecha elegida, tira el tabaco que te quede y esconde ceniceros y mecheros.
- Si alguien de tu entorno quiere dejar de fumar, proponle hacerlo juntos. Os ayudaréis mutuamente.

3. HOJA PARA EL MANEJO DEL DESEO:

- Mire el reloj y deje pasar 2 minutos
- Respire hondo y lento para relajarse
- Piense en las consecuencias positivas de no fumar (salud, satisfacción...)
- Piense en los efectos negativos de fumar (mal aliento, costes...)
- Dese órdenes internas (¡ No voy a hacerlo!)
- Confíe en sí mismo/a (puedo hacerlo, soy capaz de controlarme...)
- Dígase “Realmente no quiero fumar”
- Imagínese los efectos negativos de fumar (pulmones negros, cáncer...)
- Imagínese a uno/a satisfecho/a por haberlo conseguido
- Distráigase pensando en otras cosas
- Realice ejercicio físico
- Distráigase haciendo cosas como pasear u ocupar las manos con algo
- Requiera la ayuda de otra persona
- No piense que tendrá que estar toda la vida sin fumar, preocúpese tan solo por el día siguiente.
- Busque mayormente la compañía de amigos/a que no fuman
- Contenga el deseo imperioso de fumar, cada vez será más esporádico y menos intenso
- Inicie actividades que le distraigan, le gusten y le gratifiquen
- Aprenda a relajarse sin cigarrillos. Haga respiraciones profundas soltando el aire lentamente y diciéndose a sí mismo/a “tranquilo/a”, cada vez que se sienta tenso/a
- Recuerde su lista de razones para no fumar, téngala a mano y repásela de vez en cuando
- Imagine la reacción de amigos/as o familiares si vuelve a fumar

NO CEDA NUNCA, ¡NI SIQUIERA POR UN SOLO CIGARRILLO!

También es muy importante que:

- No piense que tendrá que estar toda la vida sin fumar. Céntrese solo en el día presente.
- No consuma alcohol en el primer mes del cese del tabaco
- Elimine todas las cosas que le recuerden fumar (cigarrillos, ceniceros, encendedores...)
- Identifique los momentos del día especialmente peligrosos y tenga una estrategia elaborada para afrontarlos.
- Guarde el dinero que se está ahorrando desde que dejó de fumar y destine ese dinero a darse un “premio”.
- Tenga prevista la respuesta ante situaciones de ofrecimiento de tabaco: “Gracias, pero no fumo”, “Fumar me hace daño”, “Me duele la garganta” “No gracias, prefiero tomar otra cosa.

4. VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Síntomas desde que dejó de fumar hasta hoy

Clave: 0-No. 1-Leve. 2-Moderado. 3-Severo.

Síntomas	Puntuación	Puntuación	Puntuación
	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Deseo intenso de fumar			
Nerviosismo, ansiedad			
Irritabilidad, enfado			
Mareo			
Dificultad de concentración			
Cansancio			
Trastornos digestivos			
Cefaleas			
Irritación de garganta			
Aumento de apetito			
Depresión			
Somnolencia/Insomnio			
TOTAL PUNTUACIÓN			

5. Listado de posibles acciones a realizar cuando se encuentre con los distintos síntomas:

Síntoma	Recomendaciones
Deseo muy fuerte de fumar	Respirar profundamente 3 veces seguidas o intentar otras técnicas de relajación. Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías. Pensar que este deseo será cada vez menos intenso y frecuente
Insomnio	Evitar café o bebidas con cafeína. Tomar infusiones. Hacer ejercicios físicos suaves Técnicas de relajación
Cefalea	Ducha o baño templado. Intentar técnicas de relajación
Nerviosismo	Caminar, Evitar café o bebidas con cafeína. Tomar infusiones. Hacer ejercicios físicos suaves Técnicas de relajación
Astenia	Aumentar las horas de sueño
Estreñimiento	Dieta rica en fibra. Beber mucho agua
Dificultad de concentración	No exigirse un alto nivel de rendimiento en 2 semanas. Evitar bebidas alcohólicas
Hambre	Beber mucha agua y zumos bajos en calorías. Vigilar ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías.

6. Guía de Asesoramiento Efectivo.	
Resolución de problemas /aprendizaje de habilidades	
Componentes	Ejemplos
Identificar sucesos, estados internos o actividades que incrementen el riesgo de fumar o de recaer	Afecto negativo Estar cerca de otros fumadores Beber alcohol Sentirse apremiado Sentirse presionado por el tiempo
Identificar y practicar habilidades para la resolución de problemas y el control de las situaciones. Estas habilidades se encaminan a controlar situaciones peligrosas	Aprende a anticipar y a evitar la tentación. Aprender estrategias cognitivas para reducir los estados de ánimo negativos. Conseguir cambios en el estilo de vida que reduzcan el estrés, mejoren la calidad de vida o resulten placenteros. Aprender actividades cognitivas y conductuales para controlar los apremios para fumar (distracer la atención, etc.)
Facilitar información básica sobre el tabaquismo y el éxito en su abandono	Explicar que cualquier hecho aislado de fumar (incluso una sola calada) incrementa el riesgo de una recaída total. Los síntomas de abstinencia alcanzan el máximo entre 1 y tres semanas después de dejar de fumar. Los síntomas de abstinencia son un estado de ánimo negativo, necesidad de fumar y dificultades de concentración. La naturaleza adictiva de fumar
Animar al paciente en el intento de dejar de fumar	Destacar que la mitad de los fumadores actualmente han dejado de fumar. Destacar que actualmente se dispone de tratamientos efectivos frente a la dependencia del tabaco. Transmitir el convencimiento sobre la capacidad del paciente para poder dejar de fumar
Transmitir interés e inquietud	Preguntar al paciente qué siente respecto a dejar de fumar. Expresar directamente la preocupación y la disposición para ayudar Ser abierto frente a la expresión por parte del paciente sobre sus temores a dejar de fumar las dificultades

	experimentadas y los sentimientos ambivalentes
Animar al paciente a hablar sobre el proceso de dejar de fumar	Preguntar sobre: Motivos por los que el paciente quiere dejar de fumar. Inquietudes o preocupaciones sobre dejar de fumar Éxito alcanzado por el paciente. Dificultades encontradas mientras dejaba de fumar
Enseñar al paciente habilidades para la solicitud de apoyo	Presentar cintas de video con modelos de habilidades de apoyo u otras técnicas sociodramáticas. Pedir apoyo social de la familia, amigos y compañeros de trabajo. Ayudar al paciente a establecer un hogar libre de humos
Impulsar la búsqueda de apoyo	Ayudar al paciente a identificar quién que le puede ayudar. Recordarle al paciente que debe buscar apoyo.

7. INDICACIONES DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Las directrices actuales en el tratamiento de la dependencia nicotínica establecen que el tratamiento farmacológico debe ser ofertado a todo paciente fumador que quiera hacer un intento serio de abandono, exceptuando los casos en los que existan contraindicaciones. Con el tratamiento farmacológico se puede conseguir que hasta un 15-30% de los pacientes se mantengan abstinentes al cabo de un año, triplicando las posibilidades de éxito frente al abandono espontáneo.

El tratamiento farmacológico debe ir siempre acompañado de apoyo psicológico, siendo esta combinación la reconocida como más eficaz para ayudar al fumador a dejar de serlo. Los tratamientos farmacológicos de primera línea son: los sustitutivos de nicotina, el hidrocloruro de bupropion y la vareniclina. Como fármacos de segunda línea se han mostrado eficaces también el clorhidrato de nortriptilina y el clorhidrato de clonidina.

La elección del fármaco de primera línea debe hacerse en base a factores como la experiencia del profesional en su manejo, las contraindicaciones del fármaco, las preferencias del paciente, su experiencia previa y ciertas características del paciente (antecedentes depresivos, preocupación por el peso, posibilidades económicas...).



Sustitutivos de Nicotina (TSN)

Todas las formas comercialmente disponibles de terapia de sustitución de la nicotina (TSN) (parches, chicles, comprimidos sublinguales y spray nasal) son efectivas como estrategia para promover el abandono del hábito de fumar. Aumentan las probabilidades de abandonar el tabaco de 1,5 a 2 veces, independientemente del ámbito en el que se utilicen (Silagy C, 2007).

La efectividad de la TSN parece ser en gran medida independiente de la intensidad de apoyo adicional proporcionado al fumador. La provisión de niveles más intensos de apoyo, aunque facilita la probabilidad de abandono del hábito, no es esencial para el éxito de la TSN (Silagy C, 2007).

Aunque existe poca evidencia en cuanto al papel que pueden tener en fumadores de menos de 10 cigarrillos/día, parecen el tratamiento de elección (Aveyard P, 2007). En estos casos, si se usan, es aconsejable utilizar dosis más bajas.

En pacientes con fracasos previos pueden utilizarse 2 formas de TSN de manera simultánea, por ejemplo parches (como tratamiento de base) y chicles (para situaciones agudas). También se está estudiando su uso en pacientes que disminuyen el número de cigarrillos, aún sin la abstinencia completa (Aveyard P, 2007).

Todas las presentaciones tienen unas contraindicaciones generales de uso que se recogen en la ficha técnica del producto. Además existen otras situaciones en las que la utilización de TSN debe realizarse con precaución, después del fracaso de otras intervenciones, valorando el riesgo/beneficio de manera individual y bajo supervisión médica. En estos casos se incluyen las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, angina de pecho estable, infarto de miocardio (2 primeras semanas posinfarto), arritmias cardíacas, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía oclusiva periférica), endocrinas (hipertiroidismo, diabetes mellitus y feocromocitoma) y úlcera péptica.

- Contraindicaciones comunes a todos los preparados de TSN
 - Hipersensibilidad a la Nicotina o a cualquier componente de la formulación.
 - Fumadores ocasionales o no fumadores
 - Enfermedades cardiovasculares graves: Infarto agudo de miocardio, Angina de pecho inestable, Arritmias cardíacas graves, Insuficiencia cardíaca avanzada, Accidente cerebrovascular reciente.
 - Embarazo
 - Lactancia

- Niños
- Contraindicaciones específicas
 - Chicles: trastornos de la articulación de la mandíbula.
 - Parche: Enfermedades dermatológicas que compliquen su aplicación.

Parches de Nicotina

Existen dos presentaciones en el mercado español que se diferencian por la cantidad de nicotina que contienen y en el tiempo de aplicación recomendado: 16 y 24 horas. El parche se coloca sobre una zona de piel limpia, seca y sin vello (cara anterior de antebrazo, cadera y tronco) y se retira al día siguiente si es de 24 horas o por la noche si es de 16 horas. La dosis varía en función del tipo de parche y de las características del fumador (ver tabla 2). Puede usarse como regla básica administrar 1mg de Nicotina por cada cigarrillo consumido. Actualmente no hay evidencia que sugiera que la utilización rutinaria de parches con dosis superiores a 21 mg/24 horas, o de combinaciones de diferentes tipos de TSN, sea más eficaz que la monoterapia con dosis estándar. Sin embargo estas estrategias pueden ser útiles en determinados pacientes, por ejemplo si han tenido recaídas por síntomas de abstinencia en tratamientos con dosis estándar.

En estos casos pueden usarse combinados los parches y chicles o parches. Se ha visto que el tratamiento de ocho semanas con parches es tan eficaz como tandas más prolongadas y no existe evidencia de que la disminución progresiva del tratamiento sea mejor que la interrupción brusca. Tampoco se han encontrado diferencias de eficacia entre los parches de 16 y 24 horas.

Chicles de Nicotina

Están compuestos por una resina de intercambio iónico que contiene 2 ó 4 mgr. de Nicotina que se libera al ser masticado. Es importante instruir al paciente sobre su uso e insistir en la importancia del masticado intermitente para permitir la absorción de la Nicotina a través de la mucosa de la boca, se pueden efectuar 2-3 masticaciones y aparcarse el chicle detrás de un carrillo o debajo de la lengua. En caso contrario (masticado continuo) la Nicotina es deglutida y es metabolizada en el hígado dando lugar a irritación de garganta y síntomas gastrointestinales. El chicle contiene un tampón que mantiene un pH en torno a 8,5 lo que facilita la absorción de Nicotina en la mucosa oral. Algunas bebidas, con un pH más ácido, como café, zumos o refrescos, pueden alterar su absorción por lo que se recomienda no comer ni beber, excepto agua, desde quince minutos antes de su uso hasta que se tira.

El chicle puede usarse pautado o a demanda. Cuando se usa pautado puede recomendarse un chicle cada 1,5-2 horas, hasta 15-20 piezas al día. Para fumadores con alta dependencia o en aquellos en los que han fallado los chicles de 2 mgr. deben utilizarse los de 4 mgr. El tratamiento se mantiene sobre 3 meses, reduciendo progresivamente la dosis. Un 25-30% presentan efectos adversos que suelen ser leves (irritación de garganta, náuseas, diarrea, úlceras en la boca, flatulencia) y no precisan retirar el tratamiento. Su uso puede contribuir a reducir el aumento de peso durante la deshabituación nicotínica.

Comprimidos para chupar de Nicotina

Los comprimidos contienen 1 mg de Nicotina que se libera al chuparlo. Uso similar al chicle. Se chupa el comprimido hasta que aparece el sabor fuerte en la boca, se para aparcándolo detrás de un carrillo o debajo de la lengua, y se continúa chupando cuando disminuye el sabor, de manera intermitente. El tiempo de duración aproximado de cada comprimido es de media hora. Indicado para fumadores con baja o moderada dependencia. Puede usarse a demanda o pautado. Puede combinarse con parches de Nicotina en fumadores con dependencia alta. Posología media un comprimido cada hora con un máximo de 12-15 al día, sin superar los 25 comprimidos, durante tres meses con reducción progresiva. Especialmente indicado en personas con problemas dentarios o de la articulación temporo-mandibular.

Consideraciones sobre la TSN

- Es muy segura y con pocas contraindicaciones. Los efectos secundarios se deben habitualmente al uso incorrecto (sobre todo en chicles y comprimidos). Es preciso dedicar el tiempo suficiente para adiestrar a los pacientes en su correcta utilización.
- Una buena parte de los fracasos en el tratamiento con TSN, se debe a la infrautilización de los pacientes de las dosis adecuadas, por eso debemos insistir en que sigan la pauta recomendada. Los médicos también solemos quedarnos cortos al pautar TSN. Una buena práctica es utilizar la valoración del síndrome de abstinencia como indicador de la correcta posología. Es decir si aumenta, lo primero que deberemos pensar es que nuestro paciente está siendo infra tratado.

Bupropion

El bupropion es un antidepresivo que ayuda al abandono del hábito de fumar a largo plazo, duplicando las probabilidades de éxito. El modo de acción del bupropion es independiente de su efecto antidepresivo y tiene una eficacia similar a la de los sustitutos de la nicotina e inferior a la vareniclina. Los eventos adversos con ambos fármacos muy pocas veces son graves ni tienen como resultado la interrupción del tratamiento (Hughes JR, 2007).

No hay pruebas suficientes de que agregar bupropion al tratamiento con sustitutos de la nicotina proporcione un beneficio adicional a largo plazo. El tratamiento prolongado con bupropion para prevenir la reincidencia después del abandono inicial no mostró un beneficio significativo a largo plazo (Hughes JR, 2007).

Puede usarse en fumadores con baja, moderada o alta dependencia, sin ajuste de dosis. Se presenta en comprimidos de 150 mgr. La posología recomendada es de 150 mgr. al día durante los seis primeros días y seguir con 150 mgr., dos veces al día (con al menos ocho horas de separación). El tratamiento se mantiene durante 7-9 semanas. Los comprimidos deben ingerirse enteros. El tratamiento se inicia mientras el paciente fuma, debiendo establecerse la fecha para dejar de fumar durante la segunda semana de tratamiento. Es eficaz también a dosis de 150 mgr./día, debiendo seguirse esta pauta en el caso de personas mayores de 65 años, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, o en caso de efectos adversos.

La principal **contraindicación** es la existencia de antecedentes de convulsión. El riesgo de convulsión (1:1000) es similar al de otros antidepresivos y es mayor en caso de:

- TCE: incluyendo cualquier traumatismo craneal que cause pérdida de conciencia, amnesia, fractura craneal o hematoma subdural.
- Fármacos que puedan reducir el umbral de convulsiones: antidiabéticos orales, insulina, antidepresivos, antipsicóticos, antipalúdicos, quinolonas antihistamínicos sedantes, corticoides sistémicos teofilina, tramadol.
- Consumo de anorexígenos o estimulantes.
- Abuso de alcohol.

No está indicado su uso en menores de 18 años, ni en el embarazo o lactancia. Está contraindicado en pacientes con trastornos bipolares, anorexia nerviosa, bulimia, tumor cerebral o drogas IMAO e hipersensibilidad a bupropion o a alguno de los excipientes. No debe usarse en pacientes con insuficiencia hepática, cirrosis o en proceso de retirada de benzodiacepinas. Está especialmente indicado en el caso de fumadores que han fracasado con TSN, en los que tienen antecedentes de depresión o alcoholismo y en los que están preocupados por el aumento de peso.

Las reacciones de hipersensibilidad pueden presentarse en el 1-3% con erupción cutánea, prurito, urticaria y dolor torácico. Las reacciones graves (angiedema, síndrome de Stevens-Johnson y eritema multiforme) son aún más raras (0,12%). Excepcionales son los casos de hipersensibilidad retardada que pueden comenzar entre el 6º y el 21º día de comienzo de tratamiento (eritema, artralgia, mialgia y fiebre). Por todo ello se debe avisar al paciente de esta posibilidad, para que ante cualquier síntoma suspendan el tratamiento y nos consulten.

Efectos adversos más frecuentes: Insomnio, cefalea, sequedad de boca, sabor metálico y sensación de inestabilidad que en la mayoría de los casos no requieren suspender el tratamiento.

Vareniclina

La vareniclina fue desarrollada como un agonista parcial del receptor de la nicotina a partir de la citisina, un fármaco ampliamente usado en Europa central y oriental para el abandono del hábito de fumar.

Actúa específicamente en los receptores nicóticos del cerebro de dos maneras:

- Estimula parcialmente el receptor que libera dopamina (Efecto agonista). Reduce el ansia por fumar y los síntomas relacionados con la abstinencia de fumar.
- Bloquea la unión de la nicotina al receptor (Efecto antagonista). Disminuye la satisfacción asociada a fumar, con lo que se neutralizaría el efecto de recompensa que obtiene el fumador al inhalar el humo del tabaco (Cahill K, 2007)

La vareniclina aumenta las probabilidades de éxito a largo plazo en aproximadamente tres veces, en comparación con los intentos de abandono no apoyados farmacológicamente. Es más eficaz que bupropion y que la TSN (NICE, 2007). El número necesario de sujetos a tratar (NNT) necesario con Vareniclina, bupropion y TSN es de 8, 15 y 20 respectivamente (Cahill K, 2007).

La eficacia de vareniclina se basa fundamentalmente en los resultados de dos ensayos clínicos (Jorenby DE, 2006; Gonzales E, 2006), doble-ciego, controlados con placebo que incluyeron más de 2000 fumadores comparando Vareniclina, Bupropion y placebo, y mostraron que:

- La probabilidad de dejar de fumar tras 12 semanas de tratamiento con Vareniclina fue aproximadamente 2 veces superior (OR=1,96 y OR=1,89) a aquellos que tomaban Bupropion y 4 veces superior (OR=3,91 y OR=3,85) a aquellos que estaban con placebo (no apoyados farmacológicamente).
- Un 44% de los fumadores que tomaban Vareniclina dejaron de fumar completamente (Abstinencia continuada) en comparación con el 30% y el 18% que tomaron Bupropion o placebo respectivamente

El resultado de otro ensayo clínico (Tondstad S, 2006) de fase 3 en pacientes que tras 12 semanas de tratamiento habían dejado de fumar con vareniclina y continuaban con el tratamiento otras 12 semanas adicionales con Vareniclina o placebo, mostró que:

- Desde la semana 13 a la 24, el 71% de los pacientes que continuaron con Vareniclina continuaban sin fumar frente a un 30% de aquellos que estaban en el grupo placebo.
- La tasa de abstinencia continua desde la semana 13 a la 52 fue significativamente más elevada con Vareniclina (44%) frente a placebo (37%).

No se ha establecido claramente la efectividad de la vareniclina como una ayuda a la prevención de las recaídas (Cahill K, 2007).

Posología: La ficha técnica recomienda ingerir un comprimido de 0,5 mgr una vez al día durante los primeros 3 días, seguido de un comprimido de 0,5 mg dos veces al día durante los días 4 a 7. El día señalado para dejar de fumar debe haberse fijado dentro de la primera o segunda semana del tratamiento. A partir de esa primera semana de tratamiento, se incrementa la dosis a 1 mgr dos veces al día y se continúa con esa posología durante 11 semanas más. Si hubiese efectos adversos mal tolerados se seguiría con 0,5 mgr. dos veces al día, temporalmente o hasta completar el tratamiento. En aquellos pacientes que en el plazo de esas 12 semanas consiguiesen la cesación podrían continuar durante 12 semanas más con la misma dosis de 1mgr. dos veces al día.

Efectos adversos muy frecuentes: Las náuseas son el principal efecto adverso de la vareniclina, en su mayoría de leves a moderadas y transitorias (28,6%), sueños anormales, insomnio y cefalea.

Efectos adversos frecuentes: Aumento de apetito, somnolencia, mareos, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal, molestias estomacales, dispepsia, flatulencia, sequedad bucal.

Contraindicado si existe hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes.

Embarazo, Lactancia: No se dispone de datos adecuados sobre su uso en mujeres embarazadas. Se desconoce el riesgo potencial para seres humanos. Vareniclina no debe utilizarse durante el embarazo. Se desconoce si se excreta en la leche materna. La decisión de continuar/discontinuar la lactancia o continuar/discontinuar el tratamiento con Vareniclina debe tomarse considerando el beneficio de la lactancia materna para el lactante y el beneficio del tratamiento con Vareniclina para la madre.

Precaución a la hora de conducir o manejar maquinaria.

Tabla resumen de los fármacos disponibles para el tratamiento para dejar de fumar				
Producto	Dosis/Duración	Efectos secundarios	Contraindicaciones Generales	Específicas
Parche de <u>Nicotina</u> de 24 horas (Nicotinell®) de 21,14 y 7 mgr.	21mgrs./día 4-6 semanas			
	14 mg/día 2 semanas	Irritación cutánea, insomnio, mareo, mialgias, cefaleas		Dermatitis generalizada
Parche de <u>Nicotina</u> de 16 horas (Nicorette®) de 15, 10 y 5 mgr.	15+10 mg/día 4-6 semanas			
	15 mg/día 2 semanas		HTA no controlada	
Chicles de <u>Nicotina</u> de 2 y 4 mgr.	10 mg/día 2 semanas		Cardiopatía controlada	no Alteraciones de la articulación
	12-15 piezas/ día 8-10 semanas	Dolor articulación temporomandibular, hipo, mal sabor de boca.	Arritmia controlada	no temporomandibular, inflamación orofaríngea, trastornos dentarios.
Comprimidos para chupar (Nicotinell®)	8-10 piezas/ día 3-6 meses			
	1 comprimido cada hora, máximo 25 al día. Duración 3 meses, con reducción a partir de seis semanas.	Irritación de garganta y aumento de salivación.		Esofagitis activa, inflamación oral y faríngea.
<u>Bupropion</u> (Zyntabac®)	150 mgr. /día durante 6 días, seguir con 150 mgr. dos veces al día. Duración 8-9 semanas (hasta 6 meses para	Insomnio ($\geq 1/10$), boca seca reacciones cutáneas, mareo ($\geq 1/100 < 1/10$), convulsiones ($< 0,1\%$)	Historia de convulsiones, TCE, anorexia o bulimia, drogas IMAO , drogas que disminuyen umbral	

<u>Vareniclina</u> (Champix®)	mantener abstinencia). 1º-3º día 0,5mg /día 4º-7º día 0,5 mg dos veces al día 8º hasta finalizar el tratamiento 1mg dos veces al día Duración 12 semanas, se puede mantener hasta 24 semanas Náuseas, cefalea, sueños anormales, insomnio (≥1/10) Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes
----------------------------------	---

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Parámetros	NICOTINA			BUPROPION
	CHICLES/COMPRIMIDOS PARA CHUPAR	PARCHES 24H	PARCHES 16H	
10-19 cig/día Test Fagerström <3 Coximetría <15ppm	2 mg chicles o 1mg comp 8-10 chicles o 8-10 comp /día 8-10 semanas	21 mg - 4 sem 14 mg - 4 sem	15 mg - 4 sem. 10mg - 2-4 sem.	150mg/24h - 6 días 150 mg/12h -8 semanas
20-30 cig/día Test Fagerström 4-6 Coximetría 15-30ppm	4 mg chicles o 1mg comp 1chicle o 2comp /1,5 h 10-12 semanas	21 mg - 8 sem 14 mg - 4 sem	10+15 mg - 6 sem 15 mg - 2-4 sem 10 mg - 1-2 sem	
>30 cig/día Test Fagerström >7 Coximetría >30ppm	4 mg chicles o 1mg comp 1chicle o 2comp /1h semanas 12	21 mg - 8 sem 14 mg - 6 sem.	10+15 mg-6 sem 15 mg-4 sem 10 mg-2sem	
Fumadores con alta dependencia	Terapia combinada Parches (tratamiento base) + chicles/caramelos (a demanda)			

Programa-Guía de Intervención con jóvenes y familia en situación de riesgo por consumo de drogas.

1 Generalidades sobre el proceso de intervención asistencial.

Estamos asistiendo a un incremento progresivo de las demandas de tratamiento de pacientes con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años, que acuden a los CTA, bien derivados desde servicios de Justicia (menores infractores que cumplen alguna medida judicial), bien acompañados por familiares que han detectado indicios de consumo en estos menores y que solicitan intervención profesional para su abordaje, o bien, aunque en menor medida, menores derivados por otros servicios o instituciones (Unidades de salud mental, hospitales, Servicios Sociales,...). A estos datos debemos añadir el hecho de la importancia de la detección precoz de casos y la intervención temprana de los mismos, así como de los problemas asociados al consumo de sustancias (entre ellos, los relativos a la familia) para favorecer un buen pronóstico.

A todo esto, se añade el hecho de que el trabajo con los familiares puede convertirse en un buen aliado en la evolución y mantenimiento de los objetivos y, en muchos casos, puede llegar a determinar el pronóstico del caso. Por este motivo, el objetivo de intervención del programa no va dirigido en exclusividad a jóvenes, que de forma individual puede verse beneficiado por la intervención basada en los programas individuales de tratamiento ya existentes, adaptados a su nivel de desarrollo y circunstancias personales, sino a la intervención sobre la familia propiamente dicha (dinámica y relaciones familiares, actitudes sobre el consumo de drogas, pautas educativas y de comunicación,...).

2 Definición funcional.

Conjunto de actuaciones dirigidas a la valoración integral e implementación de acciones psicoeducativas en los jóvenes y su familia que realizan demandas de intervención en nuestros centros por problemas relacionados con el consumo/abuso de sustancias, con el objetivo de proveerles de estrategias suficientes para el abordaje desde el seno familiar, de la problemática asociada al consumo de estas sustancias. El conjunto de estas acciones psicoeducativas implicarían:

- La motivación y la implicación en el proceso de intervención a los familiares de los menores, para facilitar un clima de comunicación y colaboración entre el paciente identificado, su familia y el/la terapeuta.
- La educación a la familia a cerca de las características propias de la adolescencia que pueden incidir en las relaciones menor-familia y menor consumo de sustancias.
- La estrategias de instrucción a la familia a cerca de las sustancias objeto de intervención, interviniendo específicamente sobre los mitos relacionados con las mismas y su consumo.
- El desarrollo de estrategias que permitan a la familia conocer la importancia del buen uso de las contingencias y del papel del modelaje en la adquisición, mantenimiento y extinción de la conducta de consumo y en la generación y mantenimiento de conductas alternativas al consumo.
- El entrenamiento a la familia en técnicas eficaces de negociación y resolución de problemas para minimizar el número y entidad de conflictos y para la solución adecuada de los mismos.
- El establecimiento/reestablecimiento de pautas de conducta, normas eficaces y adecuadas y roles familiares más adaptativos.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Tras la haberse valorado la demanda realizada, generalmente por la familia del joven, acerca de los posibles problemas relacionados con el consumo de sustancias de su hijo, y una vez detectada la necesidad de la intervención, se propone el protocolo de actuación, previa aceptación verbal de la intervención por parte de la familia y se cumplimenta Fips (Ficha de Intervención Psicoeducativa)

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Las causas de salida del proceso se agrupan como sigue:

- Consecución de los objetivos propuestos en el PTI (plan de tratamiento individualizado) de el/la paciente y/o los objetivos propuestos específicamente para la intervención familiar.
- Salidas no terapéuticas.
- No aceptación de la propuesta de intervención.
- Tras confirmación diagnóstica, se traslada la Fips a Fibat y se inicia proceso normalizado de tratamiento, conservando el mismo número de Fips cuando se traslada a Fibat.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Cualquier solicitud de intervención donde no aparezca el consumo de sustancias por parte del joven portador de la demanda como elemento referencial (al menos se referirá que presente un trastorno por abuso/consumo problemático) o que no pueda abordarse con las condiciones de tratamiento propuestas, deberán ser valoradas como elementos que imposibilitan la incorporación al proceso, debiéndose efectuar un informe al recurso derivador donde consten estas circunstancias, si es que éstos han sido derivados por alguna institución.

6 Responsable del proceso.

En cada CTA se optará preferentemente por el/la psicólogo/a responsable del proceso o, bien se establecerá un sistema compartido de responsabilidades entre psicólogo/a y trabajador/a social, atendiendo a las características y particularidades del centro.

7 Destinatarios del proceso.

Familias con algún miembro (generalmente hijos) que presenten un patrón de conducta compatible con un posible trastorno relacionado con el consumo de sustancias sin que este consumo pueda aún considerarse dentro del ámbito del diagnóstico de trastorno por dependencia, y que requieran de una intervención que facilite un clima de comunicación y colaboración entre paciente (joven) y su familia, que normalice las pautas de convivencia y que requieran el aprendizaje de la negociación y la resolución de problemas.

8 Actividades del proceso.

Dado que el objetivo fundamental de este programa es la intervención directa con la familia de el/la joven consumidor/a de sustancias, no haremos referencia al proceso de evaluación del caso y establecimiento del programa de tratamiento individualizado, enmarcándose el presente protocolo dentro de la intervención general con usuarios/as de los Centros de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias de la Provincia de Cádiz.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Análisis y valoración inicial

PROFESIONAL	ACTIVIDADES	CRITERIOS DE CALIDAD
Psicólogo/a asignado	-Realiza valoración general del paciente identificado y su familia. -Analiza específicamente la demanda planteada por cada uno de los miembros de la familia -Devuelve información y propone plan de trabajo.	-Constata mediante entrevista clínica e instrumentos diagnósticos, los datos recogidos (Historia Toxicológica, presunción diagnóstica y datos familiares), que el caso es pertinente para la incorporación al protocolo. -Obtiene datos que sintetiza para devolver de forma clara a la familia. -Propone pautas de conducta iniciales. -Registra datos en HC en Sipasda y cumplimenta Fips.

- Toma de Acuerdo de Tratamiento y preparación para las intervenciones.

PROFESIONAL	ACTIVIDADES	CRITERIOS DE CALIDAD
Psicólogo/a asignado	-Establece "Contrato Terapéutico" o compromiso de tratamiento. -Desarrolla estrategias que permitan incrementar la motivación y la cooperación para el desarrollo de las actividades propuestas. -Profundiza en la detección de necesidades y propone forma de abordarlas.	-Explica de forma clara las normas y procedimientos que regirán la relación. -Mantiene continua actitud de escucha activa y expresa empatía. -Asegura explicaciones sobre el papel de la familia y la importancia de ésta en el proceso. -Garantiza que los miembros de la familia puedan proponer temas o preocupaciones que suscitan su interés y actúa sobre ellos. -Propone citas con otros profesionales para actuar sobre necesidades diagnosticadas. -Registra datos en HC y Sipasda.

- Intervención Psicoeducativa: Entrenamiento en Comunicación y Resolución de Problemas.

PROFESIONAL	ACTIVIDADES	CRITERIOS DE CALIDAD
Psicólogo/a asignado	-Establece objetivos de trabajo consensuados. -Instruye al grupo familiar en las áreas propuestas (ver anexos).	-Garantiza que el grupo entiende aquellas áreas sobre las que se va a trabajar. -Asegura información adecuada a la familia sobre la adolescencia, relaciones familiares, grupos de pares y consumo y características y efectos de las drogas.

		-Asegura entrenamiento en las áreas comunicacional, resolución de problemas, expectativas y creencias irracionales. -Recopila información y datos de otros profesionales del centro. -Registra datos en HC y Sipasda.
--	--	---

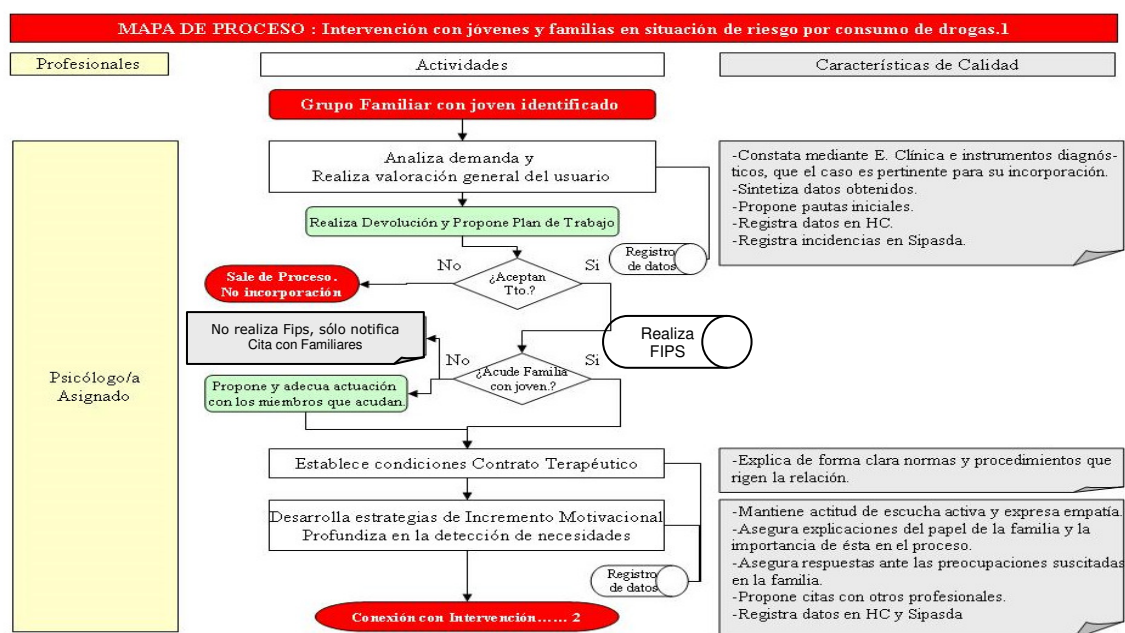
- Preparación en torno a la salida del proceso.

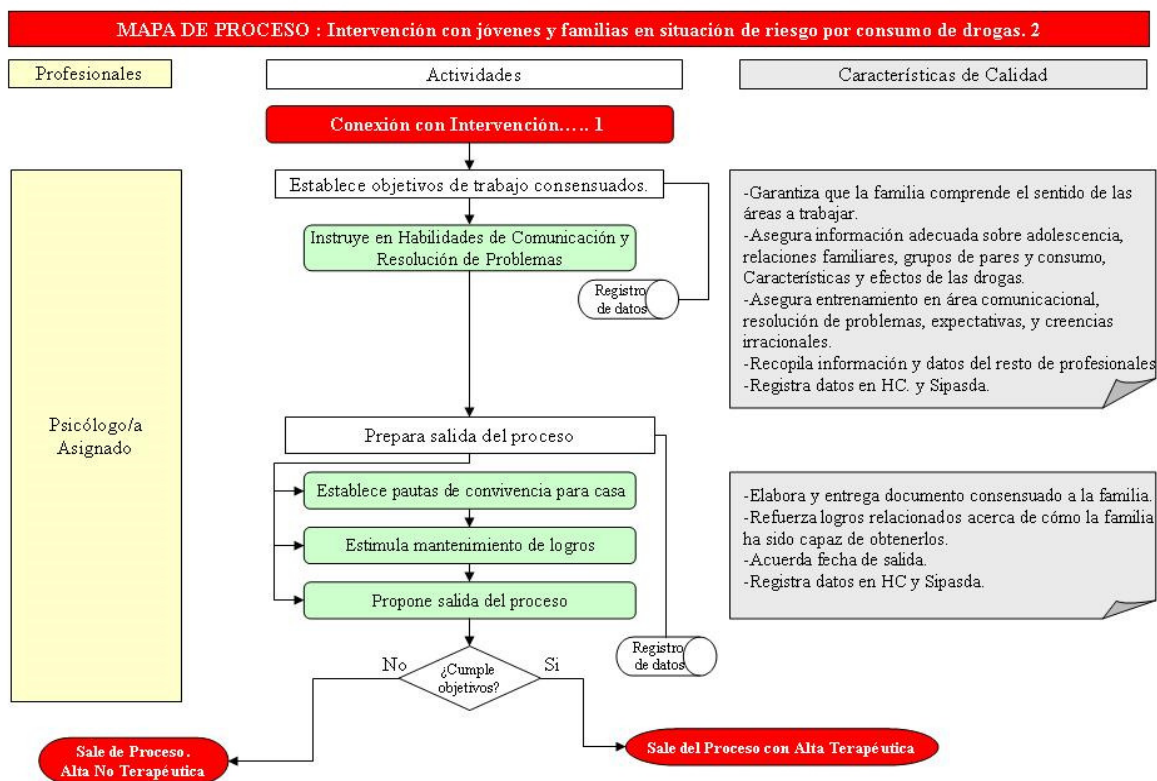
PROFESIONAL	ACTIVIDADES	CRITERIOS DE CALIDAD
Psicólogo/a asignado	-Establece pautas de convivencia para llevarlas a la práctica en casa. -Estimula mantenimiento de los cambios logrados. -Propone salida del proceso.	-Elabora y entrega a la familia documento consensuado sobre pautas a seguir. -Refuerza los logros obtenidos y refiere específicamente cómo la familia ha sido capaz de obtenerlos. -Prepara y resuelve en una fecha concreta dar el alta en el proceso. -Registra datos en HC y Sipasda.

9 Componentes del proceso.

Personal implicado en el desarrollo del programa y medios técnicos habituales.

10 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.





Si en cualquier momento del proceso es confirmado el diagnóstico se pasaría a cumplimentar Fibat e iniciar el proceso normalizado del sistema de información como usuario del sistema, conservando el mismo n°.

11 Indicadores del proceso.

Actualmente nuestro Sistema de Recogida de datos e información (SIPASDA) no dispone de ningún mecanismo que nos permita recabar la información obtenida en el proceso del paciente. La única información disponible, sería por lo tanto, aquella que se pudiera desprender del registro en la Historia Clínica de cada uno de los usuarios que participen en este protocolo, que a día de hoy sólo contempla:

- Listado Fips por CTA
- Gestión de Programas (aplicable a programa de Sanciones Administrativas, al Programa de la DGT, y también a este protocolo).
- Controles Toxicológicos Fips (Peticiones, Autorizaciones, Previsión y Listados)
- Listados Fips por programa

En estos momentos no existen indicadores del protocolo, por lo que se propone un diseño de registro y control, que nos permita disponer de una información puntual sobre la actividad realizada dentro de este proceso.

12 Anexos.

ANEXO 1: Orientaciones acerca de qué áreas evaluar.

ANEXO 2: Orientaciones sobre el área de la Motivación: COMPROMETER A LA FAMILIA CON EL TRATAMIENTO.

ANEXO 3: Orientaciones sobre la adolescencia y otros conceptos relacionados para trabajar en el ámbito de la PSICOEDUCACIÓN.

ANEXO 4: Entrenamiento en Comunicación, Modificación de Atribuciones, Expectativas y Creencias Irracionales y Solución de Problemas.

1. Orientaciones acerca de qué áreas evaluar.

Es conveniente evaluar de forma conjunta y por separado tanto a los padres (o familiares relevantes) y al joven con el fin de obtener una descripción de la problemática presente en la relación familiar. Esta valoración incluirá las siguientes áreas:

1.1.Conflictos y problemas.

Los conflictos/problemas relacionados con el funcionamiento familiar se expresan a través de discusiones entre los miembros de la familia, por lo que debemos observar las interacciones de los miembros que la integran y el grado de satisfacción experimentado. Valoramos por tanto:

- La percepción que los padres (u otros adultos importantes) tienen sobre la conducta del adolescente, la interacción con él en el presente y en el pasado. Cómo perciben la/las conducta/s problema/s, empezando por la conducta de consumo, especificando antecedentes y consecuentes de cada una de ellas.
- La percepción que el adolescente tiene de la conducta de sus padres y de la interacción con ellos, así como de su propia conducta (incluida la conducta de consumo), especificando igualmente antecedentes y consecuentes.
- Las relaciones contingentes de las distintas conductas identificadas.

1.2.Habilidades de comunicación y solución de problemas.

Valorar la claridad de los mensajes, el grado de congruencia entre expresión verbal y no verbal, grado de tolerancia y respeto hacia las opiniones de los demás, habilidad verbal de los distintos miembros, pasividad, agresividad o asertividad de la expresión,... Puede hacerse a través de pequeñas discusiones sobre distintos temas de la cotidianidad familiar.

Valorar igualmente las pautas de solución de problemas que afectan a la familia (colaboración entre los miembros, propuesta de soluciones, diálogo frente a enfrentamiento,...).

1.3.Estructura familiar.

Identificar posibles problemas de cohesión y/o alineación dentro del seno familiar:

- Un bajo nivel de cohesión familiar implica una inadecuada estructura de apoyo; un muy alto nivel de cohesión no permite la autonomía en la toma de decisiones, la independencia,...
- La alineación de dos o más miembros de la familia frente a otro, dificultará una adecuada interacción familiar.

1.4.Capacidad de adaptación.

Las demandas del ambiente y de los propios miembros de la familia varían a lo largo del tiempo, de tal forma que el grado de adaptabilidad de la familia a estas necesidades cambiantes influirá en el grado de autonomía, autoridad o influencia de sus miembros en las distintas etapas. Un grado extremo de rigidez no permite la negociación ni la autonomía de sus miembros, mientras que una familia caótica adolecerá de un adecuado manejo de las contingencias.

1.5.Estrés agudo y crónico.

Valorar el número y grado de estresores situacionales o crónicos que padece la familia: enfermedades y/o trastornos psicopatológicos (al margen de los relacionados con el consumo), desempleo, pobreza, violencia, separación o divorcio, fallecimiento de un miembro,...

Valoramos igualmente la necesidad de derivar al menor y/o a la familia a distintos recursos que puedan abordar estas situaciones.

1.6.Recursos familiares.

Valorar los aspectos positivos del funcionamiento familiar (recursos económicos, nivel educativo, estado emocional,...), el apoyo social recibido y, sobre todo, el percibido por los miembros de la familia.

2. Orientaciones sobre el área de la Motivación: COMPROMETER A LA FAMILIA CON EL TRATAMIENTO.

El/la terapeuta valorará previamente la motivación que la familia presenta para participar en el tratamiento, siguiendo un proceso de entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991), encuadrándonos en el modelo de Prochaska et al. (1993).

No todas las familias están motivadas para participar en el proceso terapéutico debido a distintos motivos (entender que se trata de un problema individual del menor, visión del consumo de sustancias como “un vicio”, desgaste psicológico tras intentos frustrados de ayuda, ira hacia el menor, desconfianza hacia el tratamiento,...), por lo que será necesario valorar las actitudes y expectativas sobre el problema, el tratamiento,...

El compromiso de la familia con el tratamiento, se basa en el establecimiento de una alianza terapéutica que parte de la transmisión por parte de el/la terapeuta de sentimientos de interés y comprensión por el sufrimiento del paciente y la familia, evitando culpar a ningún miembro ni individual ni colectivamente.

Es necesario hacer comprender a la familia la importancia de mantener un papel activo en el proceso terapéutico, estableciendo las diferencias entre la asunción/no asunción de responsabilidades, frente al concepto de culpa. Una adecuada información y educación sobre las sustancias, la conducta de consumo, el proceso de intervención y el papel activo de familia y paciente, facilitará un incremento de la motivación para el compromiso de la familia con el tratamiento.

3. Orientaciones sobre la adolescencia y otros conceptos relacionados para trabajar en el ámbito de la PSICOEDUCACIÓN.

Adolescencia.

En nuestra cultura, la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la madurez que se extiende entre los 11 y los 20 años. No siempre los límites entre su comienzo y su fin son fáciles de señalar. A veces, los niños empiezan a actuar como adolescentes antes de que aparezcan los cambios físicos, y, otras, observamos una madurez física que no se corresponde con el comportamiento del menor.

Sea como sea, durante este período encontraremos una serie de cambios que resumimos a continuación.

Desarrollo físico.

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescencia es equiparable al desarrollo fetal y primeros años de vida por el ritmo rápido de cambios biológicos. La diferencia fundamental estriba en que los adolescentes contemplan este proceso de forma consciente.

Crecimiento y cambios físicos.

Las características biológicas de la adolescencia son la aceleración del ritmo del crecimiento, el desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de las características sexuales secundarias (vello corporal, incremento de la grasa en el cuerpo, incremento de la masa muscular). Algunos de estos cambios son comunes para niños y niñas, pero la mayoría son específicas para cada sexo.

La pubertad es la llegada de la madurez sexual, que en las mujeres se manifiesta con la primera menstruación y en los varones con la primera emisión seminal. Al principio de esta etapa, aumenta la grasa corporal, gran parte de la cual, se instala principalmente en el pecho y aumenta la estatura. Al final de este proceso, los varones suelen perder esta grasa frente a las chicas que la conservan y redistribuyen.

Durante esta etapa también se alcanza una talla adulta y aumenta la actividad de las glándulas sebáceas.

Todos estos cambios físicos están controlados por la acción de hormonas como andrógenos y estrógenos (encargadas del desarrollo del pene o el vello púbico, o

del crecimiento del útero y el pecho respectivamente) presentes en ambos sexos, aunque en proporciones diferentes y otras que afectan al funcionamiento de hipotálamo (que inicia el proceso de crecimiento durante este período) e hipófisis (encargada de la producción de hormona del crecimiento y de la regulación de otras glándulas como ovarios o testículos). El desarrollo sexual presenta un ritmo diferente en los varones y en las mujeres.

Imagen corporal y adaptación.

Los/las adolescentes pueden mostrarse muy intolerantes con las desviaciones corporales o temporales de los cambios madurativos, actitudes que se ven influenciadas por los medios de comunicación que muestran una imagen de los/las jóvenes con cuerpos esculturales, pieles cuidadas y sin defectos. Muchos de estos/as adolescentes pasan horas observando su aspecto y centrando su atención en las posibles discrepancias entre los ideales de apariencia y la propia autoimagen. Esta discrepancia genera malestar y dudas sobre su persona.

En general, los chicos suelen preocuparse por su estatura y musculatura, y las chicas, por no estar demasiado gruesas o ser demasiado altas, basando en estas características parte de las causas de aceptación social.

Madurar a destiempo con respecto a amigos y compañeros, también puede significar una inadecuada adaptación con la imagen corporal.

Cambios cognoscitivos. Pensamiento abstracto y desarrollo cognoscitivo.

Junto con los cambios fisiológicos, las habilidades cognoscitivas se transforman, apareciendo el pensamiento operacional formal que permite el razonamiento abstracto. Las habilidades metacognitivas como la supervisión y la autorregulación, progresan, permitiendo la reflexión sobre los propios pensamientos y los de los demás, lo que, según los teóricos del procesamiento de la información, permite un empleo más eficiente de los componentes (memoria,...), el desarrollo de estrategias más eficaces para la resolución de problemas, formas más eficaces de obtener información y almacenarla y el desarrollo de funciones superiores (planeación, toma de decisiones, flexibilidad,...).

Cambios cognoscitivos. Cambios de alcance y contenido del pensamiento.

La mejora de estas habilidades cognoscitivas permite un mejor alcance y complejidad del contenido de sus pensamientos.

La experimentación con lo desconocido, lo oculto, los estados de conciencia alterados, la espiritualidad,... resultan atractivos.

Además, estas habilidades influyen en la forma de examinar el entorno, comparando a sus padres reales con los padres ideales, y mostrándose críticos con instituciones como la familia, los poderes públicos o religiosos. A mediados y finales de la adolescencia, crece la preocupación por asuntos sociales, políticos y morales.

Las discusiones familiares aumentan durante esta etapa como consecuencia de los intentos de el/la adolescente de probar su independencia de acción y pensamiento.

Los/las adolescentes son conscientes no sólo de su propio pensamiento sino del de los demás, por lo que se sienten observados y evaluados socialmente constantemente. Al mismo tiempo, se centran de forma egocéntrica en sus propias emociones, llegando en ocasiones a situaciones extremas de sensaciones de invulnerabilidad que pueden desembocar en comportamientos peligrosos.

Tareas del desarrollo.

Aunque tradicionalmente se ha tenido una visión de la adolescencia como un período dramático y convulsivo, la mayoría de los/las adolescentes están bien adaptados y no tienen grandes conflictos con los padres o con los demás. Sin embargo, el proceso de adquisición de un mayor grado de independencia y autonomía, y de una identidad propia, a menudo supone conflictos y rebeldía.

- **Independencia e interdependencia.**

Muchos de los conflictos entre padres/madres e hijos/as son la expresión de la forma que tienen los/las menores de intentar lograr un mayor grado de autonomía e independencia.

Esta independencia obedece a la necesidad de hacer juicios propios y regular la propia conducta, mientras que se ve acompañada por una interdependencia de los demás, es decir, compromisos y vínculos con los demás que implican obligaciones.

- **Formación de la identidad.**

Conforme el desarrollo cognoscitivo avanza, los/las adolescentes se vuelven capaces de detectar las incoherencias y conflictos entre los roles de ellos/ellas y los demás. Solucionar estos conflictos les ayuda a conformar una nueva identidad para el resto de su vida.

Para obtener esta identidad, los/las adolescentes hacen uso de la introspección, pero también a través de los grupos de referencia y otros significativos. El estado de la identidad se ve influido por las expectativas sociales, la imagen corporal y las reacciones al estrés.

Adolescencia y familia.

El papel fundamental de la familia es proveer a el/la adolescente de una seguridad enraizada en la familia junto con una independencia personal, y mantener este equilibrio a menudo se presenta como un proceso complicado. Las interacciones entre los distintos de la familia entendida ésta como un sistema dinámico, determinará el éxito de este objetivo.

- **Comunicación intergeneracional.**

Debemos transmitir a las familias que mantener la comunicación durante este período, así como puntos de vista comunes, facilitará el proceso de la adolescencia.

En esta época, los padres/madres siguen influyendo en las creencias y en el comportamiento de sus hijos en esta etapa.

Los padres se implican en interacciones relacionadas con la solución de problemas y en las discusiones de toda la familia. El trato de los/las adolescentes con sus madres es más compleja, ya que se ven inmersos en las responsabilidades domésticas, disciplina dentro y fuera de casa, tareas escolares,..., por lo que se producen más tensiones entre ambos. Sin embargo, también se establece una relación más cercana que con el padre.

El estilo parental óptimo es el que permite un comportamiento autorregulado de sus hijos. Los métodos autoritativos de disciplina, basado en razones y sugerencias, permiten la negociación de los/las adolescentes frente al desafío. Los hijos cuyos padres les recuerdan los efectos de sus actos en los demás, suelen manifestar más normas morales internalizadas. Sin embargo, cuando los progenitores se sirven del

poder (estilo autoritario), los hijos no internalizan normas o controles. Los hijos de hogares permisivos, suelen resistirse a normas y reglas y pueden presentar sentimientos de inferioridad si es que han sido ignorados.

- **La separación del hogar.**

Las familias deben adaptarse al incremento de la independencia personal de los/las adolescentes preparándose para abandonar el hogar, por lo que padres y adolescentes deben renegociar sus funciones. Los/as adolescentes requieren un sistema de apoyo diferente del de los niños pequeños. El separatismo y la afirmación personal no son características dañinas, sino convenientes en esta edad y necesarias para el desarrollo.

Compañeros, amigos y medio social.

Conforme los individuos se hacen más independientes de su familia, dependen cada vez más de amistades que les aporten apoyo emocional y un ambiente en el que elaborar una identidad. Para aceptarla, debe sentirse aceptado y querido por los demás.

Los/as adolescentes buscan apoyo de otros para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales propios de su edad, y lo buscan entre los que están experimentando los mismos cambios que ellos/as.

Los grupos de amigos son esenciales para el desarrollo de las habilidades sociales. Los adolescentes aprenden de sus amigos y compañeros las conductas que la sociedad recompensa y los papeles que mejor se adecúan a ellos.

- **La comparación social.**

La comparación social es el recurso que utilizamos para evaluar nuestras habilidades personales, conductas, apariencia,... frente a las características de los otros, y es de vital importancia durante la adolescencia.

En esta etapa se concentran en el aspecto y las características de personalidad que les hagan populares.

- **Amistades y relaciones íntimas.**

Al principio de la adolescencia, son muy activos entre sus compañeros, aunque muchas de sus relaciones carecen de intimidad. Al final de la adolescencia los/as jóvenes buscan con quien compartir características similares y sustituyen la cantidad de amistades por la calidad de unos pocos amigos cercanos.

Cuando las amistades se vuelven más íntimas, los/as adolescentes tienden a dirigirse a sus amigos cercanos en vez de a sus padres a la hora de buscar consejo.

A la vez que crece la intimidad entre amistades del mismo sexo, aparecen las relaciones con miembros del sexo opuesto. Al principio de la adolescencia, casi todas las interacciones con el sexo opuesto tienen lugar en grupos, siendo éste el primer paso para aprender a relacionarse con el sexo opuesto.

En general, los/as adolescentes tienden a elegir amistades de la misma clase social y con similares intereses, valores y ambiciones. Saben a qué grupo pertenecen y suelen estar al tanto de los efectos en su posición social y reputación. La posición social del grupo propio tiene un influjo importante en la autoestima.

Adolescencia y consumo de drogas.

Los/as adolescentes se entregan a conductas de riesgo (entre ellas al consumo de drogas) por varias razones: por no entender qué riesgos corren, por poca información, por advertencias ineficaces, por ignorar dichas advertencias,... Muchos/as subestiman la posibilidad de malos resultados, se consideran invulnerables y se concentran en los beneficios de esas conductas.

Una de las conductas de riesgo más difundida entre la adolescencia es el abuso de drogas. Entre ellas, el consumo de tabaco y alcohol es el más extendido entre los/as adolescentes por su fácil acceso y legalidad, seguidos por el cannabis, la cocaína y las llamadas "drogas de diseño".

Muchos adolescentes identifican la conducta de consumo como un comportamiento distintivo de la adultez a imitar.

- **Factores de riesgo:**

- Edad: cuanto más pronto se inician en el consumo, mayor riesgo de sufrir problemas con las drogas.
- Necesidad de experimentar sensaciones nuevas al margen de los riesgos que llevan asociados.

- Baja tolerancia a la frustración.
- Dificultades para aceptar y asumir normas sociales.
- Fracaso escolar.
- Baja autoestima.
- Alta necesidad de aprobación social.
- Actitudes y creencias favorables hacia el consumo.
- Facilidad para acceder a las sustancias.
- Relacionarse con amigos consumidores.
- Falta de conductas alternativas de ocio.
- Valores sociales dirigidos hacia la obtención de placer inmediato, permisividad hacia el consumo,...
- Actitud tolerante de los padres hacia el consumo.
- Baja cohesión familiar.
- Estilo educativo autoritario o permisivo.

- **Factores de protección:**

- Valores y actitudes positivas sobre la salud.
- Valores prosociales.
- Familia cohesionada y con estilo educativo autoritativo, con valores y normas claros y estables.
- Competencia social adecuada.
- Capacidad de toma de decisiones.
- Capacidad para posponer la recompensa.

Drogas y mitos.

- **Concepto de droga.**

Cualquier sustancia, que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste.

- **Clasificación de las drogas en función de su efecto sobre el sistema nervioso central:**

- **Sustancias depresoras del SNC:**

- ✓ Entorpecen y adormecen el funcionamiento del cerebro.
- ✓ Efectos:
 - Desinhibición
 - Adormecimiento cerebral progresivo
 - Pueden producir coma

- ✓ Cuáles son:
 - Alcohol
 - Opiáceos (heroína, morfina, metadona)
 - Tranquilizantes (pastillas para la ansiedad)
 - Hipnóticos (pastillas para dormir)
- **Sustancias estimulantes del SNC:**
 - ✓ Aceleran o activan el funcionamiento del SNC.
 - ✓ Efectos:
 - Dificultad para dormir
 - Hiperactividad
 - Aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio
 - ✓ Cuáles son:
 - Estimulantes mayores: Anfetaminas, Speed, Cocaína.
 - Estimulantes menores: Nicotina, Xantinas (cafeína).
- **Sustancias perturbadoras del SNC:**
 - ✓ Distorsionan el funcionamiento del SNC.
 - ✓ Efectos:
 - Distorsiones perceptivas
 - Alucinaciones
 - Dificultades en el aprendizaje
 - ✓ Cuáles son:
 - Alucinógenos (LSD, ácido o tripi)
 - Derivados del cannabis (hachís, marihuana)
 - Drogas de síntesis (éxtasis, MDMA o pastillas)
 - Inhalantes (acetonas, bencenos -pegamentos, lacas, disolventes-)
- **Concepto de consumo.**

Uso no inadecuado de una sustancia, que no genera problemas sobre el consumidor o su entorno, y que tiene lugar de forma esporádica, ocasional y en situaciones psicosociales muy concretas.
- **Concepto de abuso.**

Consumos que, por su cantidad o por su mantenimiento continuado, generan consecuencias negativas en el propio consumidor, en su entorno o en ambos.
- **Concepto de dependencia.**

Estado psíquico, físico y social que resulta del consumo continuado y que tiene como objetivo mantener los efectos agradables del consumo y/o evitar los efectos desagradables de la no ingesta.

- **Mitos.**

Es necesario discutir con la familia (al igual que con el menor) determinados mitos o creencias irracionales a cerca de las distintas sustancias, sus efectos y maneras de minimizarlos o eliminarlos, etc. Con el objetivo de que cuenten con una adecuada información sobre las mismas y modificando, en ocasiones, determinadas actitudes positivas ante el consumo.

Manejo de contingencias y modelaje.

Los contratos de contingencias son acuerdos entre el/la menor y los adultos, establecidos tras una negociación en la que se especifica qué es lo que se espera de el/la adolescente y que implica el intercambio de recompensas contingentes. El objetivo que persigue es el cambio conductual a través del refuerzo de determinadas conductas frente al castigo de otras, y se basan en las teorías del condicionamiento que explican cómo aumenta la probabilidad de que una conducta determinada se repita el futuro si es reforzada positivamente tras su ocurrencia. Habrá que exponer la conducta que se va a exigir de forma sencilla y comprensible y, progresivamente, se establecerán nuevas metas más difíciles. Igualmente deben especificarse de forma concreta tanto las conductas como los reforzadores, evitando que el éxito dependa del juicio de los adultos.

Debemos instruir a los padres en que el contrato debe utilizarse de forma sistemática y no sólo en períodos aislados, no dejando de dar los refuerzos cuando el menor lleve a cabo conductas específicas. También es necesario que comprendan que los reforzadores deben ser proporcionales a las conductas y que, no funcionan mejor las recompensas materiales.

Por otro lado, debemos hacer ver a los padres que los menores no sólo aprenden mediante su propia experiencia, sino también a través de modelos sociales como la propia familia, por lo que el comportamiento de ésta se constituye como una fuente de aprendizaje de conductas adaptativas.

Este tipo de aprendizaje será eficaz en cuanto a una serie de características:

- Que el menor perciba un parecido entre sí y el modelo;
- Que el modelo sea alguien a quien admire;

- El modelo debe mostrar comportamientos adaptados o positivos;
- Que el menor sienta afecto por ese modelo.

La importancia del modelaje también estriba en tanto a la influencia que otras personas significativas puedan ejercer sobre el adolescente, de ahí la importancia de estar alerta sobre los amigos, compañeros, medios de comunicación,...

Identificación de creencias irracionales y relación pensamientos-sentimientos-interacción negativa.

El terapeuta debe explicar de qué forma un pensamiento determinado induce un determinado afecto, provocando una interacción disfuncional. Debemos ilustrar estas explicaciones con ejemplos concretos relativos a la familia (creencias irracionales identificadas durante el proceso evaluativo).

4. ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN, MODIFICACIÓN DE ATRIBUCIONES, EXPECTATIVAS Y CREENCIAS IRRACIONALES y EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

El entrenamiento en comunicación tiene como objetivo identificar y corregir las dificultades que existen en las interacciones comunicativas dentro de la familia.

Mediante técnicas de instrucción, modelado y role-playing entrenaremos a los miembros de la familia en habilidades de comunicación verbal y no verbal.

El diálogo con los hijos es fundamental, pero entendiendo éste como lo que es, no como un discurso unilateral que persigue hacer cambiar a la otra persona. Cuando callamos, tenemos tiempo para pensar y expresar realmente lo que queremos comunicar y cuando escuchamos, nos damos la posibilidad de entender al otro.

En este sentido, una habilidad que debemos practicar es la **escucha activa**, es decir escuchar y demostrar que escuchamos repitiendo el mensaje del otro reformulándolo. Para mejorar la capacidad de escucha:

- Practicar esta habilidad con temas no conflictivos.
- Contextualizar lo que escuchamos en el momento evolutivo de nuestro hijo.
- Evitar hacer juicios de antemano.
- Mirar a los ojos.
- Hacer preguntas para demostrar la escucha.
- Mantenerse tranquilo, sereno.
- Expresar nuestro agrado con la conversación.

Determinados hábitos en la comunicación, pueden entorpecerla:

HABITOS NEGATIVOS	HÁBITOS POSITIVOS
Acusar, culpar	Hacer afirmaciones claras y breves
Humillar, avergonzar	Criticar conductas concretas y no a la persona
Interrumpir	Mirar al hablar
Uso de sarcasmos	Respetar los turnos
No tener contacto visual	Parafrasear
Adivinar el pensamiento ajeno	Dar información positiva
Cambiar de tema	Atender
No escuchar	Pedir la opinión del otro
Acaparar los turnos de conversación	

MODIFICACIÓN DE ATRIBUCIONES, EXPECTATIVAS Y CREENCIAS IRRACIONALES.

A menudo, las atribuciones causales que la familia hace sobre el/la menor consumidor/a de drogas van referidas a definiciones sobre la personalidad de su hijo/a como "vago", "egoísta",..., sobre sus intenciones, su culpa,... lo que genera sentimientos negativos, debido a que se atribuyen características que parecen ser estables a lo largo del tiempo, generándose, por tanto, expectativas negativas sobre el comportamiento futuro del hijo, sobre la posibilidad de solución de los problemas, sobre el tratamiento,...

La intervención en este sentido va dirigida a modificar estas cogniciones erróneas a través de técnicas cognitivo-conductuales.

La reformulación se constituye como una técnica eficaz en este sentido. Consiste en separar la conducta actual de la posible intención que las motiva, generando, por ejemplo, explicaciones alternativas.

ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Es una técnica cognitivo-conductual orientada a que los individuos aprendan métodos efectivos para afrontar los problemas de la vida cotidiana.

El terapeuta instruye a los familiares y al menor mediante modelaje y ensayo conductual en el proceso de solución de problemas. La secuencia de este entrenamiento:

- 1- Orientación general: asumir que las situaciones problemáticas forman parte de la vida y que debemos afrontarlas con normalidad.
- 2- Definición y formulación del problema: en términos completos.
- 3- Determinación de metas/objetivos.
- 4- Generación de alternativas: pensar en todas las soluciones posibles mediante tormenta de ideas.
- 5- Evaluación de las alternativas en términos de su eficacia para solucionar el problema.
- 6- Elección de la solución más adaptativa.
- 7- Planificar la ejecución: planificar los pasos necesarios para llevar a cabo esa solución.
- 8- Verificar los resultados.

Protocolo de Actuación en el Programa Red de Artesanos. **(Pendiente de modificaciones, una vez que aparezca la nueva orden que lo reglamente).**

1 Generalidades sobre el proceso.

El programa Red de Artesanos, reglamentado por la Orden de 14 de diciembre de 2006, constituye una herramienta de incorporación sociolaboral cuyo principal objetivo es la adquisición de unas aptitudes y actitudes básicas para la realización de cualquier actividad laboral. Dicha capacitación será adquirida por las personas participantes en un entorno práctico, materializado en una empresa o administración pública que acceda a colaborar convirtiéndose así en lo que llamamos centro colaborador, sin que exista una vinculación laboral ni coste económico alguno para el mencionado centro, lo que facilita en gran medida la consecución de centro colaboradores.

La Red de Artesanos aunque se encuadra en un ámbito fundamentalmente formativo, tiene una importante repercusión en el proceso de incorporación social de las personas que lo realizan, pues posee características muy significativas como:

- Dotación de una beca o ayuda económica. Durante el desarrollo del programa, que puede extenderse durante un año como máximo, las personas participantes reciben mensualmente una ayuda económica de 420 euros/mes, fomentando así la autonomía personal o familiar en cuanto a cobertura de necesidades.
- Realización de una actividad estable que va a propiciar la regulación de hábitos de vida saludables como horarios normalizados, relaciones sociales, etc.
- Puede constituirse como un paso previo a la incorporación laboral, sobre todo para aquellas personas que no hayan tenido la oportunidad de realizar una actividad laboral regulada y por tanto no tengan interiorizados ciertos hábitos necesarios como cumplimiento de horarios, organización de tareas, etc.
- Mantiene el vínculo entre las personas usuarias y la entidad de seguimiento o CTA, permitiendo así la intervención en situaciones estresantes o de riesgo como el establecimiento de nuevas relaciones sociales, el manejo de dinero o la necesidad de articular o reforzar determinadas habilidades sociales.
- Puede utilizarse como un estímulo, motivación o incentivo de los logros alcanzados en el proceso terapéutico.
- Da la oportunidad a las personas que lo realizan de rediseñarse como tal y mostrarse ante su comunidad gestionando su vida de un modo diferente.

2 Definición funcional.

Conjunto de actividades encaminadas a fomentar la incorporación sociolaboral a través de la formación y la adquisición de actitudes imprescindibles para el desarrollo de una actividad laboral. La puesta en marcha del programa requiere:

- Valoración de los requisitos exigidos en cada uno de los casos propuestos.
- Captación y coordinación con los centros colaboradores, así como con el resto de entidades implicadas.
- Realización y envío del protocolo y la documentación necesaria.
- El seguimiento exhaustivo e integral de las personas usuarias antes y durante la realización del programa
- Realización de informes de seguimiento trimestrales, así como de informe final.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

La entrada al proceso se produce a demanda de los terapeutas o, a petición de cualquier persona usuaria que se encuentre en tratamiento en un CTA, Asociación o Recurso Privado-Concertado, y que cumpla los requisitos exigidos para la realización de dicho programa.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

La salida del proceso se realiza cuando se produce con la finalización del programa por cualquiera de las circunstancias previstas:

- No incorporación
- Cambio de Centro Colaborador (Artesano)
- Encontró trabajo
- Cambio de Domicilio del beneficiario
- Fallecimiento
- Causas Administrativas o Judiciales imputables al artesano
- Renuncia expresa del beneficiario
- No mantener contacto con centro de referencia de forma reiterada
- No asistencia de forma reiterada en horario y fecha establecido al centro colaborador
- No incorporación después de un período de interrupción
- Finalización del período de formación previsto inicialmente
- Ingreso en Prisión de la persona usuaria

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

No podrán realizar el programa aquellas personas usuarias que no cuenten con buena evolución, o no hayan sido valoradas.

No deberían gestionarse aquellas demandas de incorporación al protocolo con el único objetivo de conseguir empleo y con una abstinencia constatada de muchos años de evolución.

6 Responsable del proceso.

El responsable del programa será el profesional del Trabajo Social del centro, atendiendo básicamente a las siguientes tareas:

- Valoración de la conveniencia de realizar el programa en cada caso.
- Colaboración en la captación y/o captar la participación de centros colaboradores.
- Formalización y tramitación de la documentación necesaria.
- Realización del seguimiento y del correcto desarrollo del programa así como los informes trimestrales de evolución.
- Coordinación con todas las entidades y agentes sociales implicados.

7 Observaciones.

Con respecto a Red de Artesanos, es importante tener en cuenta que en este programa la valoración de la conveniencia de su realización es fundamental por varios aspectos:

- Ninguna persona usuaria puede realizar el programa en más de una ocasión, por lo que se debe valorar si las circunstancias del paciente en el momento en el que nos encontremos, van a permitir un óptimo aprovechamiento del recurso.
- Un centro colaborador en el que el programa se realice con un correcto desarrollo y sin incidentes significativos, puede convertirse en un recurso con el que volver a contar para la formación en el programa en un futuro.

8 Destinatarios del proceso.

Todas aquellas personas usuarias del CTA que evolucionen favorablemente mayores de 18 años, se consideran susceptible de incorporarse al proceso.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Propuesta del programa a personas usuarias.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de referencia	-Detecta la necesidad. -Realiza interconsulta o solicita una cita con la persona responsable del programa en su CTA.	-Asegura un primer cribaje, no ofertando el programa aleatoriamente o no planteándolo como una posibilidad real, sino como algo a valorar. -Informa a la persona responsable de la evolución actual y otras características del caso.

- Valoración de la conveniencia de la realización del programa.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
T. Social	-Realiza o actualiza la valoración social atendiendo a los criterios establecidos. -Explica el programa detenidamente, respondiendo a las dudas planteadas y especificando las tareas a llevar a cabo hasta la puesta en marcha del mismo. -Explora el cumplimiento de los requisitos exigidos. -Valora motivación y expectativas de la persona usuaria. -Devuelve el resultado de la valoración a la persona valorada y a su terapeuta de referencia. -Explica la documentación que será necesaria entregar para la gestión del programa.	-Informa a la persona usuaria del proceso de valoración que se va a llevar a cabo y el objetivo del mismo. -Recoge toda la información en la HCI. -Informa al terapeuta de referencia del desarrollo de la intervención. -Trasmite las particularidades del programa y sus dificultades, evitando crear expectativas que no se ajusten a la realidad. -Garantiza la recogida de todos los datos necesarios y solicitados por el SIPASDA.

- Captación y coordinación con centros colaboradores.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
T. Social	-Realiza actividades de difusión general del programa contactando a través de cartas, llamadas telefónicas o visitas con empresas y/o administraciones públicas. -Concierta reuniones para solicitar la realización del programa para un usuario en concreto, entregando la solicitud que el centro deberá firmar y explicando qué documentación va a ser necesaria.	-Aporta una información clara y concisa, evitando utilizar terminología excesivamente técnica. -Asegura en todo momento que los datos de la persona que se dispone a participar en el programa se transmitirán teniendo siempre presente la Ley de Protección de Datos. -Garantiza información al centro colaborador durante el tiempo que el protocolo esté en lista de espera, previo a

		su incorporación.
--	--	-------------------

- Tramitación y remisión de la documentación.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
T. Social	-Realiza el protocolo de inclusión recogido en SIPASDA. -Realiza el Informe inicial recogido en SIPASDA. -Recoge la documentación fotocopiada y la coteja con los originales.	-Garantiza veracidad del contenido de la información recogida. -Asegurar el correcto envío telemático a través del SIPASDA, así como de la correspondiente documentación que se remite vía fax. -Guarda copia de toda la documentación enviada a ASSDA en la HC.

- Incorporación y Seguimiento del programa.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales ASSDA	-Recepciona documentación. -Verifica idoneidad de la documentación. -Incorpora usuario/a a la lista de espera. -Comunica al profesional responsable fecha de inicio del programa	-Gestiona la resolución de incorporación al programa y seguro obligatorio del participante

- Incorporación y Seguimiento del programa.

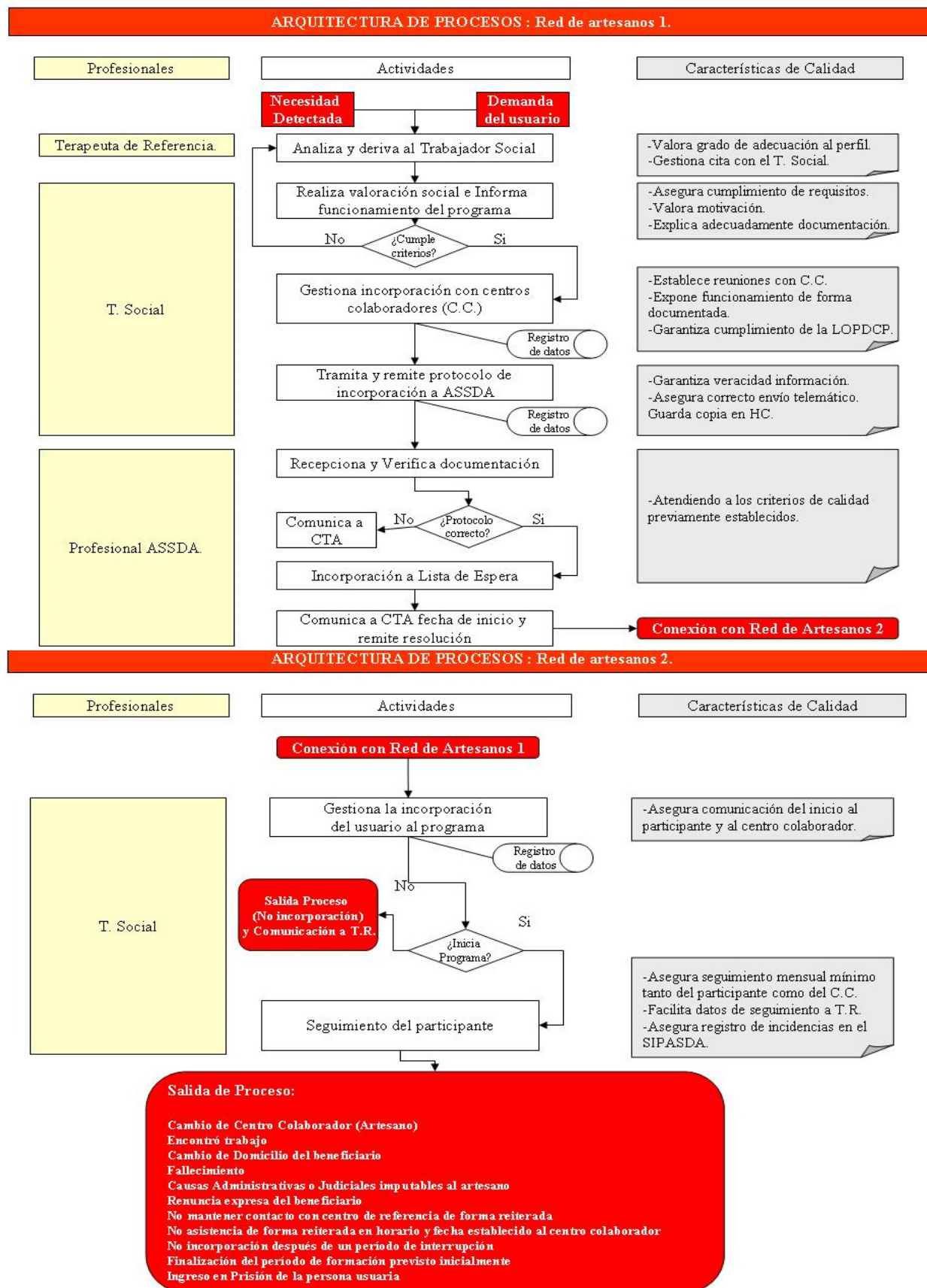
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
T. Social	-Comunica fecha de inicio en el programa al participante y al centro colaborador. -Realiza el seguimiento de la persona participante y remite los informes trimestrales a través del SIPASDA. -Realiza el seguimiento del centro colaborador.	-Asegura seguimiento mensual mínimo tanto del participante en el programa como del centro colaborador. -Atiende las dudas y consultas tanto del centro colaborador como de la persona participante a lo largo de todo el proceso, ofreciendo un soporte al programa. -Informa al terapeuta de referencia del desarrollo del mismo. -Registra datos del seguimiento.

10 Componentes del proceso

El personal implicado en el desarrollo de este programa es:

- Personal de los dispositivos asistenciales del Servicio Provincial de Drogodependencias.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de la Junta de Andalucía.
- Personal de los centros colaboradores (Artesanos).

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

- Nº Solicitudes recepcionadas según género
- Nº Solicitudes recepcionadas según edad
- Nº Solicitudes recepcionadas según tipología
- Nº Personas Beneficiarias que inician el Programa por género
- Nº Personas Extranjeras que inician el Programa por género
- Edad Personas Beneficiarias Inician Programa
- Nº Interrupciones según género y tipología
- Edad Personas Beneficiarias que Interrumpen Programa según tipología
- Nº Bajas según género y tipología
- Nº Bajas por género
- Edad Personas Beneficiarias que provocan baja según tipología
- Nº Meses permanencia en programa antes de causar baja
- Nº Reincorporaciones según género
- Edad Beneficiarios que se reincorporan
- Nº Entidades colaboradoras según naturaleza jurídica
- Nº Entidades colaboradoras según sector de actividad
- Media de tiempo de permanencia en lista de espera
- Nº y porcentaje de personas activas en periodo por género
- Nº y porcentaje de informes de finalización en periodo por género

13 Anexos.

Toda la información, protocolos y documentación pertinente a este Programa, se encuentra en el Sipasda en los apartados de Protocolos y de Documentos:

Solicitud de Incorporación

Informe Inicial del centro de referencia

Incidencias

Informe de Evolución

Informe de Situación Laboral al finalizar

Orden 14-12-2006 del BOJA que regula el programa

Solicitud de inclusión en programa del beneficiario

Solicitud de inclusión del programa del centro colaborador

Mantenimiento de Terceros

Recuerdo de ENVÍO del DNI, Copia autenticada de la C/C y la certificación de hallarse al corriente de las obligaciones con la S.S.

Protocolo de Intervención para la participación en el Programa Arquímedes. Programa de incorporación y estabilidad en el empleo, de las personas con problemas de drogodependencias y/o afectadas por el juego patológico.

(Pendiente de modificaciones, una vez que aparezca la nueva orden que lo reglamente).

1 Generalidades sobre el proceso.

Este programa pretende favorecer el acceso de las personas con problemas de drogodependencias y/o afectadas por el juego patológico y otras adicciones, en tratamiento en los Centros de Tratamiento, al mercado laboral, incentivando su incorporación y estabilidad en el empleo mediante contratos de trabajo de carácter temporal o indefinido. Este programa pretende dar una respuesta en el proceso de incorporación social de las personas en tratamiento por trastornos adictivos, y ofrecer un proceso formativo y educativo que permita interiorizar valores, normas, estrategias, del grupo social en el que se incorpora, equiparándolos al resto de la sociedad, potenciando el acceso al mercado laboral y el aprendizaje y desempeño de un oficio o actividad laboral.

2 Definición funcional

Se trata del conjunto de acciones encaminadas a dar respuesta a las personas en tratamiento en los CTA con especiales dificultades para incorporarse al mercado laboral, mediante las siguientes actividades:

- Gestión de las empresas susceptibles de beneficiarse de la subvención del programa.
- Gestión de la incorporación de los candidatos.
- Emisión Informes de Incorporación al Programa.
- Seguimiento de los beneficiarios incorporados al programa.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Los límites de entrada son:

- Cualquier persona en tratamiento en los CTA que presente una demanda de este tipo, o a propuesta del Equipo Terapéutico, dentro de un proceso de incorporación social y laboral, y que, de forma voluntaria acepta cumplir las condiciones que se incluyen en el presente protocolo en cuanto a tiempo y asistencia al puesto de trabajo.
- Usuarios que sin estar actualmente en tratamiento en los CTA, se solicita informe de idoneidad desde la Consejería de Igualdad y B.S. (Delegación de Cádiz) para su incorporación.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

- Por no incorporación inicial al programa.
- Por finalización del tiempo acordado en el contrato laboral.
- Por interrupción del contrato laboral.

5 Límites marginales o actividades que no se van a formalizar.

Demandantes de este programa que no se encuentren en proceso de incorporación social en los CTA de Cádiz no podrán acceder al programa, así como aquellas personas que no tengan relación con la Red pública de Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

Aquellas personas a los que no se les confirma un trastorno por sustancias y que no posea ningún criterio diagnóstico ni de abuso ni de problemáticas asociadas al consumo. En estos casos, serán informados por escrito de tal condición.

6 Responsable del proceso.

Serán responsables del protocolo de derivación de personas usuarias a este Programa, los/as Trabajadores/as Sociales de los Ctas de Cádiz

7 Observaciones.

Cualquier persona interesada en el Programa puede solicitar información a los centros de Tratamiento, bien por que disponga del ofrecimiento de un empresario, que previamente haya ofrecido un contrato laboral, o bien solicita de forma personalizada ampliar la información sobre dicho programa.

En ambos casos el proceso de valoración será el mismo para poder emitir el Informe de Idoneidad para la incorporación al programa.

8 Destinatarios del proceso.

En cuanto a participantes- trabajadores

Los trabajadores contratados deberán encontrarse en proceso de incorporación social y seguimiento en recursos de la red de drogodependencias y adicciones, públicos o privados concertados con la Consejería para la Igualdad y Políticas Sociales, entidades registradas para tal fin en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales y Asociaciones de drogodependencias sin ánimo de lucro, cuya actividad principal sea la atención a personas con problemas de drogodependencias y estén inscritas en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales.

En cuanto a las empresas o entidades

- Personas físicas y jurídicas, titulares de empresas constituidas.
- Entidades sin ánimo de lucro.
- Administraciones Públicas y Entidades de ellas dependientes.
- En el caso de Entidades colaboradoras del programa Red de Artesanos, podrán prolongar la permanencia de los participantes, tanto a la finalización como en cualquier momento mediante la contratación laboral, indefinida o temporal, a tiempo completo o parcial de los mismos.

9 Actividades del proceso

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Gestión de las empresas contratantes.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales del Área de Trabajo Social	<i>A) Búsqueda activa de empresas.</i> -Realiza actividades de difusión general del programa contactando a través de cartas, llamadas telefónicas o visitas con empresas y/o administraciones públicas. -Concierta reuniones para solicitar la realización del programa para un usuario en concreto, entregando la solicitud que la empresa deberá entregar en la Delegación de Igualdad para solicitar la correspondiente subvención. <i>B) Solicitudes directas desde la empresa.</i> Desde la Delegación de Igualdad, se solicitará posteriormente el Informe correspondiente.	<i>A) Búsqueda activa de empresas.</i> -Aporta una información clara y concisa, evitando utilizar terminología excesivamente técnica. -Analiza factores de riesgo y protección de la actividad laboral y del grupo de trabajo <i>B) Solicitudes directas desde la empresa</i>

- Gestión de la incorporación de los candidatos a nivel provincial.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Jefa Departamento Incorporación Social	-Recepciona las Peticiones de Informe de Idoneidad, solicitados por la Delegación de Igualdad y Políticas Sociales. -Remite solicitud al CTA donde corresponde el candidato.	-Comprueba situación del candidato en el SIPASDA. • <i>A) Usuarios activos en los centros:</i> Informa al CTA correspondiente del envío de la solicitud. • <i>B) Usuarios no activos en los centros:</i> Informa a la Delegación de Igualdad sobre la no disponibilidad de datos -Registra datos.

- Emisión del informe a nivel CTA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales del Área de Trabajo Social	-Emite Informe solicitado por la Delegación de Igualdad y Políticas Sociales. -Remite Informe a Jefa	-Cumplimenta informe según modelo recogido en el anexo. -Remite preferentemente por correo electrónico.

	Departamento Incorporación Social.	-Guarda copia del informe.
--	------------------------------------	----------------------------

- Remisión del Informe a nivel provincial.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Jefa Departamento Incorporación Social	-Recepciona los Informes cumplimentados por parte de los CTA. -Remite Informe a la Delegación de Igualdad.	-Asegura correcta cumplimentación del informe. -Asegura protección de los datos- -Registra datos.

- Seguimiento y alta de los beneficiarios incorporados al programa.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesionales del Área de Trabajo Social	-Revisan el proceso seguido por el usuario en el programa. -Emiten Informe Final	-Asegura seguimiento a través de las citas normalizadas. -Registra datos en HC.

- Finalización del protocolo.

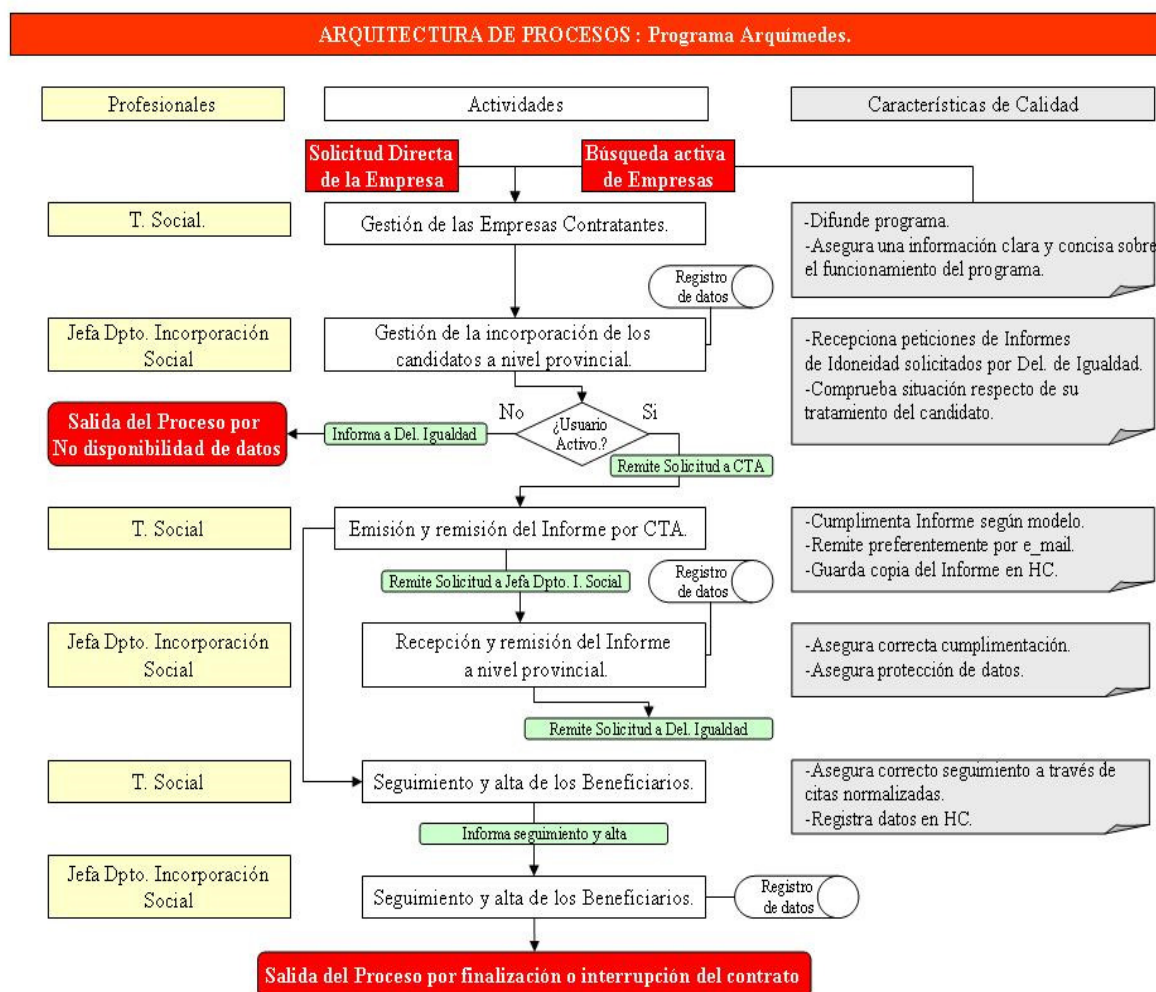
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Jefa Departamento Incorporación Social	-Realiza seguimiento administrativo del programa.	-Contacta telefónicamente para conocer situación personalizada al finalizar el contrato laboral. -Registra datos.

10 Componentes del proceso

Además de los profesionales del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, participan en este protocolo los siguientes componentes:

- Empresas contratantes de las personas que reúnen los requisitos para beneficiarse de dicho programa.
- Profesionales de la Delegación de Políticas Sociales.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

Los indicadores de evaluación propuestos en el Protocolo, y que son recogidos a través de la petición del Informe de Idoneidad que proporciona la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, y que no se encuentran en el Sipasda, son los siguientes:

- Nº de personas que solicitan incorporarse al Protocolo, según sexo, CTA y droga o conducta adictiva motivo de tratamiento.
- Nº de personas que inician el Protocolo, según sexo, CTA y droga o conducta adictiva
- Nº de personas que finalizan el Protocolo, según sexo, CTA, droga o conducta adictiva, y tipo de salida
- Nº de meses de los contratos realizados.

13 Anexos

Vínculo a la Orden de 8 de febrero de 2006 (Boja nº 46 de 09/03/2006), por la que se regulan y convocan subvenciones dirigidas al fomento del empleo de drogodependientes y personas afectadas por el juego patológico en proceso de incorporación social.
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2006/46/12>

ANEXO 1. Solicitud de subvención dirigida al fomento del empleo de drogodependientes y personas afectadas por el juego patológico en proceso de incorporación social.

ANEXO 2. Informe de incorporación en Programa Arquímedes.

ANEXO 3. Informe de Seguimiento para los pacientes que participan en el Programa Arquímedes.

ANEXO 4. Escala de valoración del paciente en Programa Arquímedes.

1. Solicitud de subvención dirigida al fomento del empleo de drogodependientes y personas afectadas por el juego patológico en proceso de incorporación social.

Página núm. 104

BOJA núm. 46

Sevilla, 9 de marzo 2006

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL



SOLICITUD

SUBVENCIÓN DIRIGIDA AL FOMENTO DEL EMPLEO DE DROGODEPENDIENTES Y PERSONAS AFECTADAS POR EL JUEGO PATOLÓGICO EN PROCESO DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Orden de (BOJA nº de fecha) **EJERCICIO:**

1 DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS Y NOMBRE / ENTIDAD				NIF / CIF
DOMICILIO				
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	TELÉFONO	FAX
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL				DNI / NIF
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN				
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	TELÉFONO	FAX
¿Ha colaborado en el programa "Red de Artesanos"? ☐ No ☐ Sí Años:				

2 DATOS DE LA CONTRATACIÓN				
Nombre de la empresa / Entidad:				
Tipo de contrato: ☐ Indefinido ☐ Temporal ☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo				
Categoría profesional:				
Duración del contrato: Fecha inicio: Fecha fin:				

3 DATOS DE LA PERSONA EN PROCESO DE INCORPORACIÓN				
Apellidos y Nombre:				DNI / NIF:
Domicilio:				
Localidad: Provincia: C. P.: Teléfono: Fax:				
☐ Drogodependencia ☐ Adicción al juego				

4 DATOS DEL CENTRO DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES				
Denominación:				Código del centro:
Domicilio:				
Localidad: Provincia: C. P.: Teléfono: Fax:				
Terapeuta:				
En caso de personas afectadas por el juego: Nº inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales:				

5 AYUDAS / SUBVENCIONES SOLICITADAS Y/O CONCEDIDAS POR EL MISMO CONCEPTO				
5.1.- Solicitadas	Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	€
				€
5.2.- Concedidas	Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	€
				€
☐ No he solicitado ni obtenido ayudas.				

000577/4

6	DATOS BANCARIOS		
Código Entidad [][][]	Código Sucursal [][][]	Digito Control [][]	N° Cuenta [][][][][][][][][][][][][]

7	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)
☐	DNI / NIF / CIF del/de la solicitante.
☐	DNI / NIF del/de la representante legal.
☐	Propuesta de contrato de trabajo o contrato suscrito con antelación máxima de 60 días naturales a la fecha de solicitud.
☐	Documentación acreditativa de la representación o apoderamiento.
☐	Fotocopia de la libreta de ahorro o certificación bancaria de titularidad de la cuenta corriente o libreta de ahorro.
☐	Certificación acreditativa de estar al corriente en sus obligaciones fiscales frente a la Seguridad Social.

8	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud así como en la documentación que se acompaña, y que la Entidad que represento: 1.- No está pendiente de justificar subvenciones o ayudas concedidas con anterioridad por la Administración Autonómica y sus Organismos Autónomos con cargo al mismo programa presupuestario, comprometiéndose a comunicarlo a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, si se produjera la falta de justificación adecuada de dichas subvenciones en el plazo de 10 días a contar desde el día siguiente a la fecha de vencimiento del plazo de justificación. 2.- No se encuentra incurso/a en ninguna de las prohibiciones para ser beneficiario, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. 3.- No tiene deudas en periodo ejecutivo de cualquier otro ingreso de Derecho Público de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de conformidad con lo establecido en el art. 29.1 de la Ley 3/2004, de 28 de diciembre, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras. Me COMPROMETO a cumplir los compromisos y obligaciones que figuran en la Orden arriba reseñada y SOLICITO se conceda la subvención. En a de de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL Fdo.:	

EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la realización de notificaciones, traslado de información, etc.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Avda. de Hytasa, 14. 41071 - SEVILLA.

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria y por la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 31.2 de la Ley 3/2004, de 28 de diciembre de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras.

2. Informe de incorporación en Programa Arquímedes.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias.

INFORME DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE FOMENTO DE EMPLEO DE DROGODEPENDIENTES EN PROCESO DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES (ARQUÍMEDES)

1.- Datos del Recurso

Nombre del Recurso	Código	Actividad del Recurso
Persona de Contacto	Teléfono	Fax
Página Web/Correo Electrónico		

2.- Datos del Trabajador

Datos Personales

Nº Expediente	Apellidos, Nombre	Fecha Nacimiento
Domicilio	Provincia	Localidad
☐ Menos de 25 años	☐ Entre 25 y 45 años	☐ Mayor de 45 años

Datos de Formación

☐ Sin Estudios	☐ Primaria	☐ Secundaria	☐ F. Profesional	☐ Universitaria	☐ Otro.....
Tipo de titulaciones en caso de Estudios Secundarios o Universitarios					
¿Ha realizado algún curso de Formación profesional Ocupacional?			En caso afirmativo especificar cual:		
☐ Si					
☐ No					
Señalar en su caso si ha participado en alguno de los siguientes programas:			Indicadores de empleos utilizados:		
☐ Escuela Taller			☐ Orientación laboral		
☐ Taller de Empleo			☐ Técnica de Búsqueda de empleo		
☐ Casas de Oficio			☐ Asesoramiento al autoempleo		
			☐ Otros		

Trayectoria laboral

Actividad	Empresa	Localidad	Duración

Antigüedad en el desempeño antes de participar en el Programa Arquímedes

☐ Menos de un año	☐ Entre 1 y 2 años	☐ Más de 2 años	☐ No consta
--	---	--	------------------------------------

Otros datos

☐	Discapacitado
☐	Inmigrante
☐	Vuelve al mercado laboral
☐	Otros.....

Red de Artesanos (Cumplimentar este apartado sólo si el trabajador ha participado con anterioridad en el Programa Red de Artesano)			
¿Realizó el programa completo?		Fecha de Realización:	
☐	Si		
☐	No		
Actividad	Empresa	Localidad	Oficio Desarrollado

3.- Trayectoria del Paciente

Tratamientos/ programas/ servicios que ha realizado

☐	Terapia familiar	☐	Metadona
☐	Terapia individual	☐	Técnica de búsqueda de empleo
☐	Desintoxicación	☐	Educación de Adultos
☐	Servicios Sociales	☐	Piso s de reinserción
☐	Centro de Día	☐	Cursos de Formación Ocupacional
☐	Comunidad Terapéutica	☐	Otros:

Tiempo de abstinencia:

Situación actual del paciente

Motivos por los que justifica la *INCLUSIÓN*

☐	Desempleo	☐	Escasos recursos personales
☐	Escasa cualificación profesional	☐	Carencia de recursos económicos
☐	Cargas familiares	☐	Buena evolución terapéutica
☐	Escasas habilidades sociales	☐	Otros:

Motivos por los que justifica la *NO INCLUSIÓN*

Especificar:

Otros comentarios

 (Si tiene que ir con una periodicidad al Centro de Tratamiento Ambulatorio)

4.- Datos de la Empresa / Entidad

Nombre de la Empresa / Entidad		
Actividad:		Domicilio:
Localidad		Provincia
Nº de trabajadores:		Persona de Referencia
☐ Menos de 10	☐ Entre 51 y 250	Cargo
☐ Entre 11 y 50	☐ Más de 251	
Tlfno:	Fax:	Correo Electrónico

5.- datos del Puesto de Trabajo

Categoría Profesional:	Puesto a ocupar:
Tipo de Contrato	Principales Funciones o Tareas:
☐ Indefinido	
☐ Temporal	
☐ Temporal Parcial	
☐ Tiempo Completo	
Fecha de Inicio:	Fecha Inicial:

Responsable del Recurso que realiza el Informe de Incorporación:
.....

Firma y Sello

3. Informe de Seguimiento para los pacientes que participan en el Programa Arquímedes.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO PARA LOS PACIENTES TRABAJANDO CUYOS EMPRESARIOS
RECIBEN SUBVENCIÓN PARA EL FOMENTO DE EMPLEO DE DROGODEPENDIENTES EN
PROCESO DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE LA CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Centro:

Código:

Provincia:

DATOS INICIALES:

FIBAT:

Número de historia:

RED DE ARTESANOS:

¿Ha estado en Red de Artesanos? SI NO

¿Realizó el programa completo? SI NO

Fecha de realización:

Oficio:

Empresa:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Persona de referencia:

DATOS DE LA EMPRESA QUE LE CONTRATA:

¿Es la misma que en Red de Artesanos? SI NO

Si no lo es, rellenar los datos:

Empresa

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Persona de referencia:

FORMACIÓN PROFESIONAL PREVIA DEL PACIENTE:

Nivel de escolaridad:

Formación Profesional específica:

DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO:

Categoría profesional:

Puesto que ocupa:

Principal funciones y tareas:

Tipo de contrato:

Duración

¿Se adapta la ocupación a su formación profesional? SI NO

TRAYECTORIA DEL PACIENTE:

Tratamientos/ programas/ servicios que ha realizado

	SI	NO
Terapia familiar		
Terapia individual		
Desintoxicación		
Servicios Sociales		
Centro de Día		
Comunidad Terapéutica		
Metadona		
Técnica de búsqueda de empleo		
Educación de Adultos		
Pisos de reinserción		
Cursos de Formación Ocupacional		
Otros:		

TRAYECTORIA LABORAL:

¿Ha trabajado antes? SI NO

Actividad	Duración (1)	Contrato SI/NO (2)	Motivo finalización (3)	Sueldo (4)

Claves:

(1)	(2)	(3)	(4)
1. hasta 3 meses 2. de 3 a 6 meses 3. de 6 a 12 meses 4. más de 12 meses	1. Sin contrato 2. Con contrato	1. Fin de contrato 2. Abandono 3. Cierre 4. Despido: ¿razón?	1. Menos de 50.000 ptas. 2. De 50.000 a 75.000 ptas. 3. De 75.001 a 100.000 ptas. 4. De 100.001 a 125.000

			ptas. 5. De 125.001 a 150.000 ptas. 6. Más de 150.000 ptas.
--	--	--	--

INFORMACIÓN FINAL:

¿Ha trabajado el tiempo suficiente para la subvención? SI NO Meses:

¿Ha sido contratado después? SI NO

1. En la misma empresa
2. En otra empresa

¿Realiza el mismo oficio? SI NO

1. Para el / la paciente SI NO
2. Para el / la empresario SI NO
3. Para el / la terapeuta SI NO

¿Ha afectado el trabajo a su proceso terapéutico? SI NO

Responsable del Recurso que realiza el Informe de Incorporación:

Firma y Sello

4. Escala de valoración del paciente en Programa Arquímedes.

JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

ESCALA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE PROGRAMA ARQUÍMEDES DE FOMENTO DE EMPLEO

1. Es puntual: SI ☐ NO ☐

2. Cumple horario:

☐ Nunca (1) ☐ A veces(2) ☐ Regularmente(3) ☐ Siempre (4)

3. Se relaciona con los compañeros:

☐ Muy mal (1) ☐ Mal(2) ☐ Regular(3) ☐ Bien (4) ☐ Muy Bien (5)

4. Se relaciona con el responsable:

☐ Muy mal (1) ☐ Mal(2) ☐ Regular(3) ☐ Bien (4) ☐ Muy Bien (5)

5. Considera que trabaja:

☐ Peor que los empleados
☐ Igual que cualquier empleado
☐ Mejor que otros empleados

6. Ha mostrado interés por aprender:

☐ Nada(1) ☐ Poco(2) ☐ Suficiente(3) ☐ Bastante(4) ☐ Mucho (5)

7. Ha aprendido el oficio:

☐ Nada(1) ☐ Poco(2) ☐ Suficiente(3) ☐ Bastante(4) ☐ Mucho (5)

8. Está satisfecho con el trabajo realizado por el paciente:

☐ Nada(1) ☐ Poco(2) ☐ Suficiente(3) ☐ Bastante(4) ☐ Mucho (5)

9. Se ha integrado el participante en la empresa:

☐ Nada(1) ☐ Poco(2) ☐ Suficiente(3) ☐ Bastante(4) ☐ Mucho (5)

10. Que es lo que considera más positivo del participante:

11. Que es lo que considera más negativo del participante:

Protocolo de Intervención con usuarios que demandan la Remisión de Sanciones Administrativas por Consumo de Drogas.

1 Generalidades sobre el proceso.

Este programa surge como respuesta a los usuarios que acuden a los Centros de tratamiento, después de ser sancionados por consumir sustancias psicoactivas. La Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, a través de su Disposición Adicional quinta permite la "Suspensión de sanciones pecuniarias impuestas por infracciones en materia de consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas cometidas por menores de edad.(menores de 18 años).

Las multas que se impongan a los menores de edad (que no hayan cumplido 18 años) por la comisión de infracciones en materia de consumo o tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas podrán suspenderse siempre que, a solicitud de los infractores y sus representantes legales, aquéllos accedan a someterse a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación. En caso de que los infractores abandonen el tratamiento o rehabilitación o las actividades reeducativas, se procederá a ejecutar la sanción económica.

Reglamentariamente se regularán los términos y condiciones de la remisión parcial de sanciones prevista en esta disposición adicional."

Así pues, la ley, atendiendo al fin resocializador y no exclusivamente retributivo y preventivo de la sanción, prevé la posibilidad de suspender tales sanciones, en los casos en que el infractor se someta a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado, con el consentimiento o beneplácito de los padres o representantes legales.

En la mayoría de los casos se trata de personas que han tenido o tienen contacto con otras sustancias, y aunque en una primera fase el patrón de consumo que tienen es ocasional y de fines de semana, suelen trivializar la importancia de los efectos de los consumos, no acudiendo a solicitar orientación ni tratamiento hasta que realmente se instaura la dependencia, por lo tanto debemos partir de unos objetivos realistas y adecuados a las características de los perfiles de estos usuarios, a la hora de abordarlos.

2 Definición funcional.

Se trata del conjunto de acciones encaminadas a dar respuesta a los usuarios menores de 18 años que solicitan ser atendidos tanto por ellos mismos como por sus representantes legales y que con el fin de paralizar el expediente sancionador por consumo de drogas en la vía pública y su posterior remisión. Lo que implica una valoración diagnóstica inicial, la aceptación de las normas del protocolo por parte del usuario, una intervención estandarizada en el tiempo y la emisión de los informes correspondientes.

Poner en marcha un protocolo permitiría:

- Aumentar la percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas, proporcionándoles información objetiva, con la finalidad de evitar que incurran en conductas de riesgo.
- Detectar a los usuarios en situación de riesgo, en relación al consumo de sustancias tóxicas, y orientarlos hacia un tratamiento.
- Prevenir las consecuencias asociadas al consumo de drogas.

- Modificar los vínculos entre los aspectos culturales del ocio, el tiempo libre y la diversión, y el significado que adquiere el consumo de drogas.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

Cualquier persona que presente una demanda de este tipo acompañada de la correspondiente sanción administrativa y que, de forma voluntaria tanto el infractor como sus representantes legales, aceptan cumplir las condiciones de tratamiento que se incluyen en el presente protocolo en cuanto a tiempo y asistencia a citas, y que presente signos y síntomas compatibles con el consumo de sustancias y que podríamos considerar dentro de un grupo de riesgo.

Así pues, toda solicitud de inicio de tratamiento que no venga acompañada por los representantes legales, inicialmente deberá ser rechazada, encaminando el esfuerzo educativo inicial al convencimiento de que venga acompañado el infractor por sus padres o representantes legales.

Tampoco aquellos que han sido multados según el artículo 36 de la ley, en los puntos 17, 18 y 19, ni el punto 17 del artículo 37, los cuales se refieren al traslado de personas, con cualquier tipo de vehículo, con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya delito. La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal. La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos, y el consumo de bebidas alcohólicas en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos cuando perturbe gravemente la tranquilidad ciudadana, no podrán beneficiarse de la remisión de la Sanción, lo que no implica la denegación de tratamiento si éste la precisara y así lo demandara.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

- Aquellos pacientes que a criterio de los profesionales del CTA, no se consideren susceptibles a los que no se les confirma un trastorno por sustancias y que no posea ningún criterio diagnóstico ni de abuso. En estos casos, serán informados por escrito de tal condición. NO PODRÁN INCORPORARSE AL REGISTRO DE LA BASE DE DATOS de SIPASDA NINGÚN USUARIO QUE NO DISPONGA DE UN DIAGNÓSTICO RELACIONADO CON LAS ADICCIONES. En El caso de que no disponga de Diagnóstico se deberá articular un procedimiento distinto al SIPASDA.
- Pacientes que tras ser informados sobre las características del procedimiento, los recursos disponibles y tras ser analizada su disponibilidad para iniciar el programa, rechaza el mismo.
- Pacientes que abandonan el protocolo sin poder optar a alta terapéutica por cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Pacientes que finalizan el procedimiento con alta terapéutica.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Las SANCIONES realizadas bajo las dos leyes siguientes NO PERMITEN PROCEDIMIENTO DE SUSPENSIÓN por el hecho de solicitar tratamiento en nuestros centros, al igual que pudieran existir otros ordenamientos municipales que igualmente sancionen estas actividades.

- Los artículos de la Ley 10/1990, del Deporte, están derogados por la Ley 19/2007, de 11 de julio, Contra la Violencia, el Racismo, la Xenofobia y la Intolerancia en el Deporte (BOE de 12 de julio de 2007) que es la disposición en vigor que regula el consumo de droga en las instalaciones deportivas y sus alrededores. art. 22 en relación con los arts. 6 y 7.
- El tema del "botellón" está regulado actualmente en la Ley 7/2006, de 24 de octubre, de Potestades Administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía (BOJA de 7 de noviembre de 2006) aunque solamente regula el consumo de bebidas alcohólicas. Para el caso de consumo de drogas ha de aplicarse el art.25.1 de la ya citada L.O. 1/92.

6 Responsable del proceso.

En cada CTA, la dirección del centro gestionará los procedimientos necesarios, bien con uno o varios terapeutas como encargados de llevar a cabo el procedimiento que se refiere en este documento. Igualmente se podrá optar por responsabilizar a distintos profesionales de las distintas fases del protocolo.

7 Observaciones.

Los interesados podrán presentar las alegaciones correspondientes, dirigiéndolas a la Subdelegación del Gobierno de forma personalizada, que haya incoado el expediente sancionador.

El procedimiento de suspensión de sanciones se aplicará a los infractores que puedan ser considerados consumidores frecuentes o habituales de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. La Ley deja una importante ventana para los profesionales, ya que deja ver que el acceso a los tratamientos está en función de que los infractores "lo precisaran", por lo cual será el profesional que hace la valoración y el diagnóstico inicial, el que dictamine si lo precisa o no, argumentando la decisión, y en definitiva se podrá informar si éste lo precisa o no.

Solamente podrán participar en los procedimientos de suspensión y en los tratamientos de deshabituación que se regulan en el presente Real Decreto los centros o servicios que estén debidamente acreditados, autorizados y controlados por los órganos de la autoridad sanitaria competente.

El interesado deberá acompañarse informe del centro o servicio que haya de participar en el procedimiento de suspensión y encargarse de dirigir técnicamente el proceso de deshabituación, con indicación de los antecedentes del interesado, diagnóstico y determinación de las características, y duración previsible del tratamiento.

El Protocolo no deberá adaptarse a las necesidades de las distintas instancias sancionadoras, sino al contrario, es decir, es un programa que se ofrece, al cual podrán optar o no los usuarios, sin que ello implique la retirada o no de la sanción.

Corresponderá a los responsables de la instrucción de la Sanción valorar si se aceptan informes de por parte de los CTA, cuando los interesados hayan sido reincidentes.

8 Destinatarios del proceso.

Dirigido a los usuarios que acuden al CTA, con la demanda de la remisión de la sanción impuesta por La Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.

9 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

▪ Gestión de citas

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Aux. de Admón.	-Gestiona cita normalizada, comprobando si ya existe en Sipasda o no y solicitando firma para la inserción de datos de carácter personal. -Comprueba tipo de sanción. -Registra datos.	-Atiende personalmente. -Preserva intimidad. -Propone cita sólo en caso de sanción por Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana y constata edad.

▪ Acogida y valoración inicial

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional/es propuesto/s desde la dirección del CTA.	-Realiza acogida el profesional asignado en el CTA. - Hace firmar documento de inicio del tratamiento según edad. -Informa sobre las condiciones del Protocolo de Remisión de Sanciones. -Registra Datos ○ Seis sesiones de trabajo que se desarrollarían con una temporalidad mensual, llevadas a cabo por un conductor especializado y con un máximo de 6 a 8 participantes (en el caso de grupos). ○ Controles de drogas en orina para detectar el consumo de la droga con periodicidad mensual, ○ Se facilitará informe de alta terapéutica sólo en el caso de que se asista a 5 de las 6 sesiones siempre y cuando los 4 últimos controles resulten negativos. ○ Todos y cada uno de los informes emitidos a los usuarios por este Protocolo, serán entregados en mano al interesado, para que éste los aporte donde corresponda.	-Valora globalmente la demanda. -Constata específicamente diagnóstico debido a consumo por sustancias (Procede cumplimentación de Fibat en caso de confirmación o Fips, si aún no se ha confirmado trastorno por sustancias). -Entrega informe final considerando: ○ En caso de no reunir requisitos mínimos para iniciar proceso, salida de proceso (No se incorpora al Sipasda) ○ En caso de no aceptar condiciones del Protocolo se produce salida del proceso, indicando en I. Final que no se incorpora a tratamiento al no aceptar plan de tratamiento. (No se incorpora al Sipasda) ○ Aceptada las condiciones del plan terapéutico, se procede al proceso que finaliza con el informe final. ○ Asegura que a todo paciente se le informa de las condiciones del programa: -Intervención que se le propone -Tiempo y citas que deberá asistir -Informes que emitirán y condiciones de periodicidad.

▪ Aplicación del protocolo

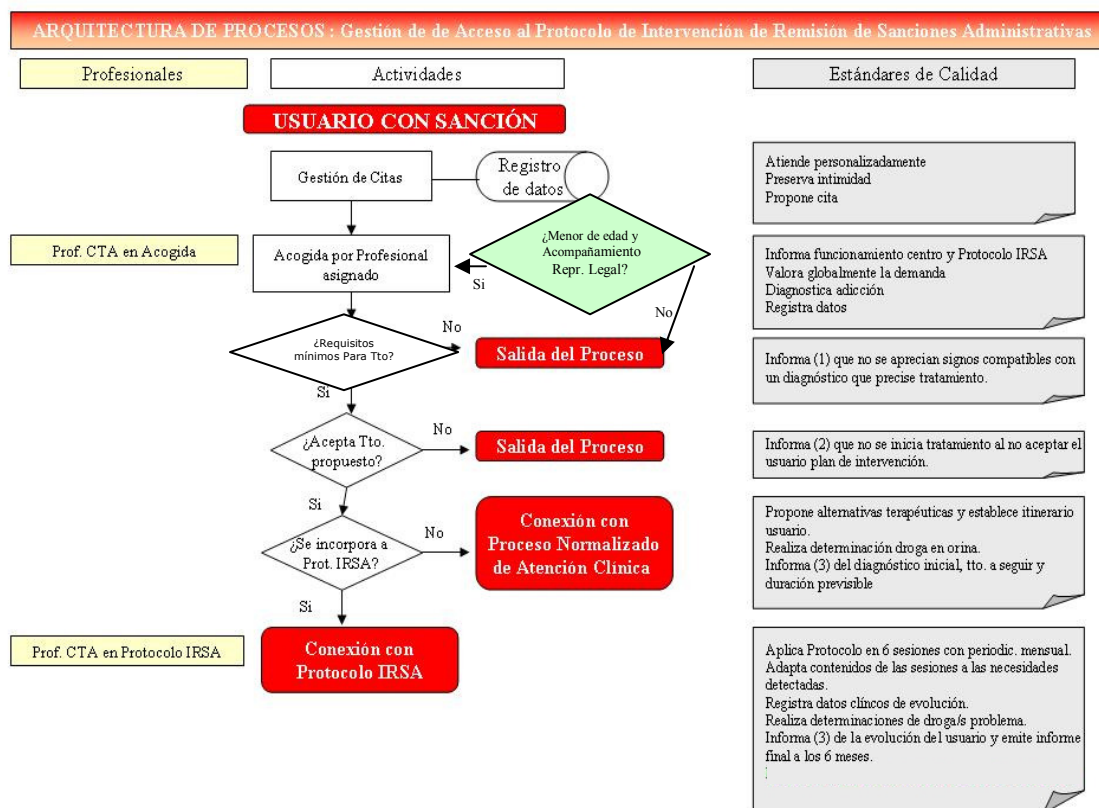
El programa podrá adaptarse a las características de cada centro, por lo que las intervenciones serán tanto individuales como grupales, teniendo en cuenta el volumen asistencial, características del centro, y destrezas en las estrategias a aplicar. En el caso de intervenciones tanto grupales como individuales, se recomienda que la estructura del programa compagine todo el proceso de valoración del caso con unas sesiones educativas y de asesoramiento.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Profesional/es propuesto/s desde la dirección del CTA.	-Aplica protocolo según condiciones previamente expuestas y considerando los contenidos por cada una de las sesiones. -Solicita determinaciones de drogas en orina. -Registra datos.	-Desarrollo pormenorizado de cada una de las sesiones: Sesión 2: ○ Informa sobre la/s sustancia/s. ○ Analiza el consumo en cada usuario. ○ Solicita determinación droga. Sesión 3: ○ Potencia el autoconocimiento y la motivación para el no consumo. ○ Valora estados de ánimo en relación al consumo y efectos psicológicos y orgánicos del consumo. ○ Solicita determinación droga. Sesión 4: ○ Analiza los factores de riesgo y protección. ○ Analiza y propone alternativas al consumo. ○ Solicita determinación de droga. Sesión 5: ○ Propone habilidades sociales para hacerle frente al consumo. ○ Utiliza técnicas de relajación. ○ Solicita determinación droga. Sesión 6: ○ Analiza y propone alternativas comunitarias y de ocio. ○ Realiza determinación droga. ○ Inicia informe final de alta, pendiente de últimos resultados. -Garantiza que a todo usuario que cumpla las condiciones impuestas se le facilitará en mano un informe final atendiendo a los resultados de los controles toxicológicos realizados negativos y su asistencia regular al centro.

10 Componentes del proceso.

No se especifican por no ser necesario.

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



Atendiendo a la confirmación o no del Diagnóstico por trastorno por sustancia, se procede a la cumplimentación de Fibat o Fips

12 Indicadores del proceso.

El Sipasda contempla el Programa de Sanciones Administrativas por Consumo de Drogas con sus correspondientes tipos de salida, lo que hasta ahora aún no se ha desarrollado en los indicadores del Sistema de Gestión de Centros del Sipasda.

- Se notificará como admisión a tratamiento a todo usuario que demande tratamiento como consecuencia de una sanción administrativa por consumo de drogas y que inicie el protocolo por lo tanto se le abrirá FIBAT con los criterios normalizados, siempre y cuando exista diagnóstico confirmado o Fips sin diagnóstico, y siendo incorporados al circuito terapéutico del CTA.

13 Anexos.

Todos los documentos necesarios para el desarrollo de este programa se encuentran en el Gestor Documental del Sipasda en el apartado de Sanciones Administrativas.

Protocolo de Actuación y Coordinación en materia de menores a los que se les imponen medidas de carácter ambulatorio por consumo de drogas.

1 Generalidades sobre el proceso.

La intervención con el menor al que le son impuestas medidas por el órgano judicial competente con el objeto de facilitar la recuperación del mismo, requiere de múltiples acciones paralelas en las que los niveles familiar, escolar, sanitario y de servicios sociales deben jugar un papel coordinado en la prevención, detección precoz y, si procede, en el tratamiento oportuno. La articulación y coordinación, entre todos estos ámbitos, es muy necesaria y se constituye como la mejor solución, ya que estos niveles de actuación requieren de estrategias de intervenciones diferentes, enlazadas entre sí y con los adecuados elementos de supervisión y seguimiento.

La Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, pone a disposición de los Jueces un catálogo de medidas que pretenden favorecer la recuperación del menor. Entre las circunstancias que rodean a estos menores, a veces, se encuentra el consumo de drogas, lo que conlleva la aplicación de medidas complementarias. Entre ellas puede estar la asistencia a un centro específico de atención a las drogodependencias, desde donde se marcarán pautas de tratamiento adecuadas a las necesidades que se detecten, para posteriormente llevar a cabo un plan terapéutico individualizado.

El SPD ha diversificado su actuación a través de la comarcalización de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones (CTA). La compleja estructura generada necesita de unos supuestos teóricos que den unidad y coherencia a la intervención que permita realizar una coordinación efectiva, conformando, en relación a la atención de las conductas adictivas, un modelo de intervención de la oferta asistencial pública.

2 Definición funcional.

Conjunto de actuaciones destinadas a implementar acciones terapéuticas en materia de menores de reforma que pudieran presentar problemas relacionados con el consumo de drogas. Dicho proceso implica:

- Establecer y gestionar las citas de los menores que inicien tratamiento.
- Atender de forma profesionalizada y coordinada, con la mayor inmediatez y con las máximas garantías posibles, a los menores consumidores de drogas a los que se les impongan medidas de tratamiento y que pudieran presentar problemas relacionados con el consumo.
- Supervisar las actuaciones que se pudieran desprender del tratamiento de los menores en los CTA.
- Emitir los informes correspondientes a su evolución.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

El proceso se inicia con la correspondiente derivación al SPD de Cádiz de las medidas judiciales de Tratamiento Ambulatorio en Drogodependencias dictadas por los Juzgados de Menores, las cuales son remitidas por el órgano competente.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Las causas de salida del proceso podemos agruparlas en las siguientes categorías:

- Finalización de los objetivos propuestos en PTI.(Plan de Tratamiento Individualizado)

- Salida no terapéutica.
- No incorporación por: No reunir el menor los criterios diagnósticos para el inicio del tratamiento.
- No incorporación por: No aceptación del menor del PTI propuesto.
- No incorporación por: No poder cumplirse algunas de las condiciones del tratamiento en los CTA.
- Coincidiendo con la finalización de la medida judicial.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Cualquier demanda que no cumpla con los criterios diagnósticos para el inicio del tratamiento o que no puedan cumplirse con las condiciones de tratamiento propuestas, deberán ser valoradas como elementos que imposibilitan la incorporación al proceso, debiéndose efectuar un informe al recurso derivador donde consten estas circunstancias.

6 Responsable del proceso.

Atendiendo a las distintas fases o momentos del proceso, se establecen distintos responsables del mismo.

En el Departamento de Justicia Juvenil recae la responsabilidad de recepcionar el caso, estudio del mismo, verificación de la documentación y remisión al Equipo de Medio Abierto (EMA), Centros de Internamiento o a Piso de Convivencia con Grupo Educativo. Desde este nivel se envía a la responsable Provincial en el SPD que realiza, si procede, el protocolo conjunto de valoración y derivación, al CTA que corresponda.

En los CTA son los Trabajadores Sociales los responsables de recepcionar y gestionar el tratamiento de estos menores.

7 Destinatarios del proceso

Los menores y/o sus familias a los que le son impuestas medidas de carácter ambulatorio por consumo de drogas por el órgano judicial competente con el objeto de facilitar la recuperación de los mismos.

8 Actividades del proceso.

En este apartado se describe qué profesionales intervienen según los distintos momentos, qué actividades desarrollan y qué criterios de calidad o cualidades deben cumplir las actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Inicio de la Medida Judicial.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Responsable de Justicia Juvenil.	-Recepciona las Resoluciones Judiciales adoptadas por los Juzgados de Menores. -Deriva a los usuarios con medidas judiciales a las entidades que gestionan los recursos en materia de Justicia Juvenil.	-Atendiendo a los criterios de calidad previamente establecidos por la institución.

- Derivación del Expediente desde el EMA (Equipo de Medio Abierto).

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Equipo de Medio Abierto/Piso de Convivencia/Centro de Internamiento	-Recepciona el Expediente (Auto o Sentencia Judicial e Informe del Equipo Técnico de Fiscalía de Menores. -Remite la documentación inicial del menor al Responsable Provincial de Incorporación Social del SPD de Cádiz	-Verifica que se dispone de toda la documentación que corresponde previo al envío. -Envían documentación (Solicitud de Admisión, copia de la Sentencia Judicial o Aprobación Judicial, en el caso de que el Tratamiento Ambulatorio sea propuesto por el Educador del EMA entre sus objetivos, Informe del Equipo Técnico de Fiscalía de Menores e Inicio de la Medida de Libertad Vigilada) vía fax.

- Gestión de la documentación y derivación a los CTA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Responsable Provincial de Incorporación Social del SPD de Cádiz	-Recepciona de la documentación de los menores. -Elabora protocolo de derivación. -Remite la documentación al CTA donde corresponde ser tratado el menor. -Gestiona cita en CTA	-Verifica documentos recibidos. -Registra información en base de datos y emite protocolo. -Verifica que el menor que va a ser derivado al CTA dispone de Fibat. -Remite protocolo por correo electrónico al CTA que corresponda junto con copia de las Medidas Judiciales impuestas en Sentencia o Auto del menor, copia del Informe del Equipo Técnico de Fiscalía y copia del inicio de la medida de Libertad Vigilada. -Asegura primera cita en el CTA correspondiente y comunica fecha de la cita a la entidad que remite la documentación del menor.

- Intervención con los menores en los CTA.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Responsable de menores con medidas judiciales en los CTA.	-Solicita Consentimientos y otros documentos. -Diagnostica y propone PTI para llevar a cabo. -Elabora informes técnicos pertinentes.	-Asegura firma del Documento de Autorización de Trasmisión de Información. En el caso de menores de 16 años, se recaba firma de los padres o tutores legales para el inicio del tratamiento, explicando detenidamente el sentido de la firma de cada documento. -Asegura una correcta evaluación

		diagnóstica en el ámbito de los trastornos por sustancias y en los ámbitos de las relaciones sociales, tanto interpersonales como de participación en actividades comunitarias, mecanismos de apoyo social formal e informal, Situación económica, Formación y Empleo, Hábitat y Entorno Físico, Situación jurídica, organización Unidad Convivencial, programa intervenciones con otras figuras profesionales e identifica necesidades de intervención. -Coordina el PTI en colaboración con los profesionales remitentes. -Garantiza que la información obtenida se pone a disposición del resto de los profesionales mediante su registro en la HCI en sus diferentes apartados. -Asegura la elaboración y remisión de los informes trimestrales y el protocolo trimestral, atendiendo a los contenidos acordados, así como el informe final.(original al centro solicitante y copia al SPD de Cádiz)
--	--	--

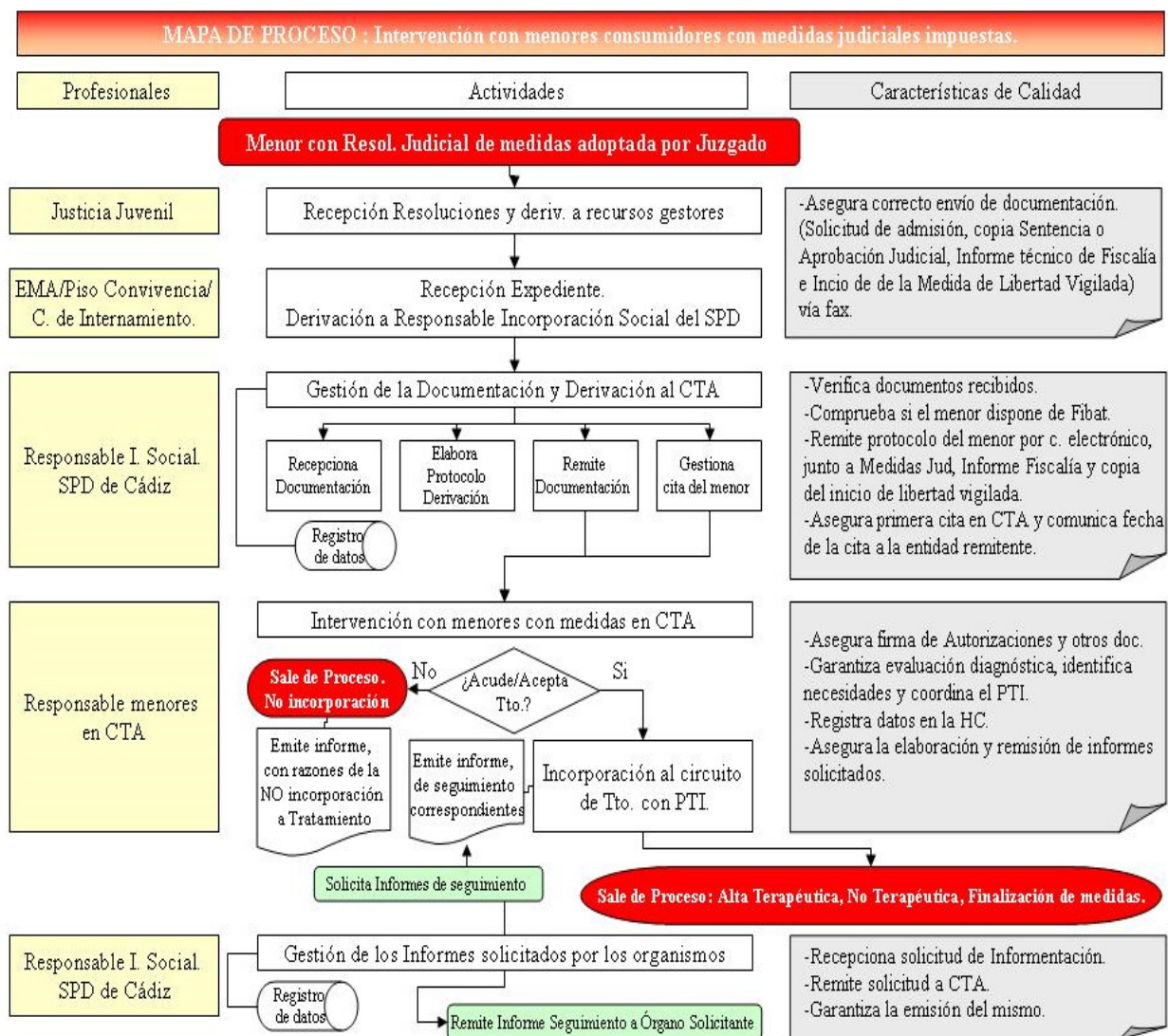
- Seguimiento de los protocolos derivados.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Responsable Provincial de Incorporación Social del SPD de Cádiz	-Gestiona la solicitud de informes.	-Recepciona la solicitud del informe recabado por el organismo pertinente. -Asegura remisión de la solicitud al CTA correspondientes. -Garantiza que los informes son enviados desde los CTA en tiempo y forma. -Registra incidencias del proceso en la base de datos.

9 Componentes del proceso.

El personal implicado en el desarrollo de este programa está descrito en los puntos anteriores.

10 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



11 Indicadores del proceso.

El Sipasda no está actualizado en relación a los programas de actuación que llevamos a cabo desde los CTAs, no incluyéndose éste al día de hoy, por lo que tampoco dispone de indicadores de evaluación del programa. Los indicadores que venimos utilizando actualmente son gestionados desde el Departamentos de Programas del SPD de Cádiz, y son los siguientes:

- Nº de menores derivados a los CTA desde el Departamento de Justicia Juvenil.
- Nº de protocolos estudiados a nivel provincial, atendiendo al número de ellos que son derivados a los CTA y el número de protocolos a los que se proponen otras alternativas.
- Nº de protocolos derivados a los CTA que no inician tratamiento, según causa.
- Nº de usuarios que salen del tratamiento, según causa.
- Nº de protocolos que cuentan al ser derivados con:
 - Copias de las Medidas Judiciales impuestas en Sentencia o Auto del menor.
 - Copia del Informe del Equipo Técnico de Fiscalía.
 - Copia del inicio de la medida de Libertad Vigilada.
- Nº de menores con proceso diagnóstico completo.
- Nº de controles toxicológicos realizados durante la fase de acogida y valoración.
- Nº de controles realizados durante el seguimiento del proceso terapéutico.
- Tiempo medio de permanencia en el centro.

12 Anexos.

Tanto la autorización para la transmisión de información entre instituciones como los informes tipos de seguimiento, se utilizarán los alojados en el Gestor documental del Sipasda (Ámbito del aparato judicial por similitud).

ANEXO 1. Programa de Actuación Conjunta en materia de menores a los que se les imponen medidas de carácter ambulatorio por consumo de drogas.

ANEXO 2. Protocolo inicial de derivación desde el SPD

ANEXO 3. Protocolo trimestral de seguimiento desde el CTA.

1. PROGRAMA DE ACTUACIÓN CONJUNTA EN MATERIA DE MENORES A LOS QUE SE LES IMPONEN MEDIDAS DE CARÁCTER AMBULATORIO POR CONSUMO DE DROGAS.

Introducción y justificación del programa de trabajo.

La intervención con el menor al que le son impuestas medidas por el órgano judicial competente con el objeto de facilitar la recuperación del mismo, requiere de múltiples acciones paralelas en las que los niveles familiar, escolar, sanitario y de servicios sociales deben jugar un papel coordinado en la prevención, detección precoz y, si procede, en el tratamiento oportuno. La articulación y coordinación, entre todos estos ámbitos, es muy necesaria y se constituye como la mejor solución, ya que estos niveles de actuación requieren de estrategias de intervenciones diferentes, enlazadas entre sí y con los adecuados elementos de supervisión y seguimiento.

La Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, pone a disposición de los Jueces un catálogo de medidas que pretenden favorecer la recuperación del menor. Entre las circunstancias que rodean a estos menores, a veces, se encuentra el consumo de drogas, lo que conlleva la aplicación de medidas complementarias. Entre ellas puede estar la asistencia a un centro específico de atención a las drogodependencias, desde donde se marcarán pautas de tratamiento adecuadas a las necesidades que se detecten al objeto de conformar un plan terapéutico individualizado.

Afecta de manera especial el desarrollo de este proyecto a la Delegación provincial de la Consejería de Gobernación y Justicia de la Junta de Andalucía (a través del Departamento de Justicia Juvenil y sus correspondientes Equipos de Actuación: Centros de internamiento, equipos de medio abierto y grupos de convivencia educativa) y el Área de Igualdad y Bienestar Social de la Diputación Provincial de Cádiz, a través del Servicio Provincial de Drogodependencias y sus correspondientes centros de tratamiento.

Normativa legal reguladora.

DECRETO 33/2008, de 5 de febrero, por el que se regulan los centros y servicios de reforma juvenil y se establece el sistema de gestión de la calidad.

Este Decreto tiene por objeto regular el régimen de autorizaciones administrativas, de inscripción en el registro y las particularidades del régimen sancionador aplicables a los Centros y Servicios que desarrollan actuaciones y programas en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en ejecución o apoyo de las medidas judiciales impuestas a menores infractores por los Juzgados de Menores y establecer el sistema de gestión de la calidad de dichos Centros y Servicios.

En el artículo 2 del mismo, se definen los recursos implicados:

1. Centro de Reforma Juvenil: establecimiento ubicado en la Comunidad Autónoma de Andalucía dotado de las instalaciones, equipamientos, servicios necesarios y medios personales para desarrollar prestaciones o programas para menores infractores, en ejecución o apoyo de las medidas judiciales que a éstos les han sido impuestas por Juzgados de Menores. A su vez, estos Centros se clasifican en:
 - 1.1. Centro de Internamiento de Menores Infractores: dispositivo destinado a residencia de menores a los que se le ha impuesto una medida judicial privativa de libertad y, donde éstos realizan, en todo o en parte, los programas de intervención y las actividades educativas, formativas, laborales y de ocio.
 - 1.2. Centro de Día: dispositivo al que asisten menores sometidos a medidas

judiciales no privativas de libertad para realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio.

- 1.3. Centro Residencia de Grupo Educativo de Convivencia: centro destinado a residencia de menores sometidos a medidas judiciales no privativas de libertad, donde conviven, durante el tiempo establecido judicialmente, con un grupo educativo para orientarlos en su proceso de socialización, así como realizar las actividades educativas, formativas y de ocio.
- 1.4. Servicios de Reforma Juvenil: unidad asistencial diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, para realizar actividades dirigidas a satisfacer las necesidades formativas y educativas de los menores que cumplen medidas judiciales no privativas de libertad. Podrán estar integrados en una organización cuya actividad principal no sea de reforma juvenil.

Los principios y criterios generales de actuación están recogidos en el artículo 4 de dicho Decreto y señalan que las actuaciones y programas que se desarrollen en los Centros y Servicios de Reforma Juvenil se atenderán a:

1. Tendrán como objetivo primordial la efectiva integración social de los menores y jóvenes mediante el uso de los recursos adecuados para lograr este objetivo, reforzando las relaciones de los menores con los miembros de su familia y la sociedad en interés de sí mismos y de los demás, fomentando la igualdad entre mujeres y hombres, así como posibilitando mejorar sus conocimientos y competencias para su efectiva reinserción, todo ello de conformidad con lo recogido en las medidas de ejecución contenidas en la sentencia.
2. Garantizarán el respeto y defensa de los derechos que el ordenamiento jurídico vigente reconoce a las personas menores de edad, así como los derechos que se establecen en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, para los menores con relación al tipo de medida judicial que se le imponga.
3. Se ajustarán a los principios y criterios de actuación que se contemplan en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, a su reglamento aprobado por Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, y particularmente a las directrices establecidas por la Consejería competente en materia de reforma juvenil.

Decreto 72/1985, de 3 de abril (BOJA número 49 de 20-05-85), por el que se crean en Andalucía el Comisionado para la Droga y Decreto 73/1985, de 3 de abril (BOJA número 49 de 20-05-85), por el que se crean en Andalucía los Centros Provinciales de Drogodependencias.

Las actuaciones en materia de adicciones se han venido sucediendo una tras otra: El I Plan Andaluz sobre Drogas, desarrolla una red de recursos y programas coordinados entre sí y a su vez con la red sanitaria y de servicios sociales comunitarios, de manera que se establece un circuito asistencial capaz de atender las demandas directas de atención a las drogodependencias y problemas con los juegos de azar, asegurando la continuidad del proceso terapéutico en todas sus fases.

Posteriormente, tras la aprobación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se consolida, amplía y diversifica el sistema de atención de las drogodependencias y adicciones, caracterizándose por su cobertura universal y de acceso directo y gratuito, en la que se integran centros públicos y centros privados-concertados.

El Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz (SPD) es consecuencia del Decreto 73/1985 y se constituye mediante convenio entre la Excm. Diputación Provincial y la Junta de Andalucía. Actualmente está integrado en el Área de Igualdad y Bienestar Social de la Excm. Diputación Provincial de Cádiz y en la Consejería para la Igualdad y Políticas Sociales de la Junta y su estructura, básicamente, está integrada por un servicio central y unos centros y equipos periféricos que desarrollan, en su ámbito, los programas previstos para la Red Provincial.

El SPD ha diversificado su actuación a través de la comarcalización de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones (CTA). La compleja estructura generada necesita de unos supuestos teóricos que den unidad y coherencia a la intervención que permita realizar una coordinación efectiva, conformando, en relación a la atención de las conductas adictivas, un modelo de intervención de la oferta asistencial pública:

1. Servicio Provincial de Drogodependencias: es un centro especializado en la atención de los problemas derivados del consumo de las drogas y otras adicciones, constituye el eje operativo del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones en la provincia de Cádiz y desarrolla actividades de información, prevención, programas de reinserción social, gestión de los recursos, sistemas de información y la coordinación técnica del Plan en su provincia.
2. Centros de Tratamiento Ambulatorios (CTA): realizan básicamente las mismas actuaciones de atención especializada que los Centros Provinciales de Drogodependencias en su demarcación territorial.
3. Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias (EAIP): realizan básicamente las mismas actuaciones de atención especializada que los Centros de Tratamiento Ambulatorio pero limitadas al ámbito de las Instituciones Penitenciarias.

El SPD tiene la capacidad de derivar a otros recursos terapéuticos de la Junta de Andalucía. Entre ellos destacamos los siguientes:

1. Las Unidades de Desintoxicación son espacios cerrados integrados en hospitales generales, aislados del resto de la estructura hospitalaria, pero contando con las instalaciones necesarias que permitan la desintoxicación física de cualquier dependencia a drogas, así como la realización de distintas actividades y el desarrollo de unas adecuadas relaciones interpersonales entre pacientes y equipo técnico de la unidad.
2. Los Centros de Encuentro y Acogida, que están destinados al desarrollo de programas de disminución de daños y riesgos, para personas con problemas de adicción que no deseen o no puedan abandonar el consumo, priorizándose las intervenciones orientadas a minimizar los daños provocados por las conductas adictivas, así como prestar información y orientación sobre las consecuencias del consumo, las formas de consumo menos perjudiciales y el acceso a los recursos de atención socio-sanitaria y programas formativos, laborales, etc.
3. Las Viviendas de Apoyo al Tratamiento son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes durante el inicio de su proceso terapéutico. Este recurso se oferta cuando dichas personas carecen de un entorno social básico y apoyo familiar necesario; su finalidad es albergarles y apoyarles en la desintoxicación y preparación a otros recursos, en la mayoría de los casos Comunidad Terapéutica o Centro de Día.
4. Las Comunidades Terapéuticas son centros de rehabilitación de carácter residencial que ofrecen asistencia orientada a la deshabituación de la conducta adicta, a la rehabilitación del hábito de comportamiento del drogodependiente y al seguimiento de las patologías orgánicas asociadas.
5. Los Centros de Día son espacios terapéuticos en el que se realizan intervenciones socioeducativas en régimen abierto, complementarias a los programas asistenciales, encaminadas a favorecer la incorporación social de personas con problemas de drogodependencias y adicciones en proceso de tratamiento.
6. Las Viviendas de Apoyo a la Reinserción son unidades de alojamiento y

convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas destinadas a drogodependientes durante su proceso terapéutico. Estos recursos están especialmente indicados para personas que carecen de un sistema de relaciones y de vinculación con el entorno. Atienden a personas que previamente han logrado una estabilización en su proceso terapéutico necesitando de este recurso para su Incorporación Social y normalización.

Objeto y principios del proyecto.

Tiene como objetivo general este proyecto el diseñar y llevar a cabo un protocolo consensuado de actuación en materia de menores de reforma que pudieran presentar problemas relacionados con el consumo de drogas. Para alcanzarlo, las partes intervinientes, asumen los siguientes objetivos:

- 2 SPD de Cádiz:
 - 2.1 Atender de forma profesionalizada con la mayor inmediatez y con las máximas garantías posibles a los menores consumidores de drogas a los que se les impongan medidas de tratamiento y que pudieran presentar problemas relacionados con el consumo.
 - 2.2 Contribuir al aumento de la coordinación entre los diversos intervinientes.
 - 2.3 Contribuir a la formación de los educadores y otros profesionales en materias relacionadas con las adicciones.
- 3 Objetivos del Departamento de Justicia Juvenil de Cádiz:
 - 3.1 Ejecutar las medidas judiciales de Tratamiento Ambulatorio en Drogodependencias dictadas por los Juzgados de Menores.
 - 3.2 Contribuir al aumento de la coordinación entre los diversos intervinientes.
 - 3.3 Detección de necesidades de formación en materia de drogodependencias del personal adscrito a su servicio.
 - 3.4 Contribuir a la formación del personal técnico de drogodependencias en materias relacionadas con menores.
- 4 Objetivos del Equipo de Medio Abierto:
 - 4.1 Trabajar con los menores/jóvenes sometidos a la medida judicial de Libertad Vigilada la problemática relacionada con el consumo de sustancias tóxicas.
 - 4.2 Contribuir al aumento de la coordinación entre los diversos intervinientes.
 - 4.3 Participar en el diseño y desarrollo del Plan Terapéutico Individual.
- 5 Objetivos de los Centros de Internamiento de Menores Infractores y de los Pisos de Convivencia con Grupo Educativo:

- 5.1 Intervenir con los menores con medida judicial de Tratamiento de Adicciones.
- 5.2 Posibilitar la continuación del Tratamiento Terapéutico de Adicciones de aquellos menores que lo hubieran iniciado con anterioridad a su ingreso en el Centro de Internamiento o Piso de Convivencia.
- 5.3 Prevenir el inicio en el consumo de drogas y conductas de riesgo, mediante el desarrollo de Programas de Prevención.
- 5.4 Posibilitar un espacio Socioeducativo en el que se logre una intervención multidisciplinar dirigida a la normalización social de los menores buscando provocar cambios en los hábitos, actitudes y valores.

Los principios en los que se fundamenta este protocolo de actuación, son los siguientes:

1. Empleo de sistemas de coordinación entre las instituciones (Justicia Juvenil y SPD de Cádiz) que permita el análisis y valoración personalizada de cada menor y posterior derivación al equipo de tratamiento más oportuno.
2. Potenciación de los factores de protección y de reducción del riesgo de consumo.
3. Estudio personalizado de cada menor para ajustar las intervenciones a las necesidades detectadas.
4. Intervenciones a varias bandas: menores, padres, educadores y profesionales de los equipos de centros de reforma o equipos de libertad vigilada y profesionales del SPD.
5. Intervenciones protocolizadas, donde quede claro el proceso a seguir, los mecanismos de comunicación entre instituciones, la documentación a utilizar y los sistemas de evaluación que se estimen necesarios.
6. Nombramiento de responsables de gestionar la intervención por cada uno de los centros e instituciones tanto a nivel operativo como a nivel de la gestión provincial.
7. Desarrollo de intervenciones que permitan unos mínimos exigibles en cuanto a la calidad de la intervención, continuidad y adherencia.
8. Intervenciones multidisciplinarias donde se actúa en los ámbitos médico-biológico, psicológico y social.
9. Cercanía del CTA donde se solicite la intervención respecto del medio ambiente normalizado del menor.

Gestión del caso

En principio, se establece un nivel de gestión provincial del caso en el que participan un responsable de Justicia Juvenil y un responsable SPD de Cádiz y que desarrollan las siguientes tareas:

1. Recepción y estudio del caso responsable de Justicia Juvenil.
2. Canalización hacia el recurso.
3. Elaboración del protocolo conjunto de valoración-derivación.
4. Gestión de datos.
5. Seguimiento programado de casos.

Asimismo se determinan cuatro niveles operativos que asumen tareas concretas:

1. Responsables de menores en los CTA.
 - 1.1. Recepción del protocolo.
 - 1.2. Gestión de cita con los profesionales que han de intervenir en el caso según las necesidades detectadas.
 - 1.3. Ser referente de los casos de menores en cuanto a la información solicitada desde el ámbito provincial.
2. Técnicos de Justicia Juvenil.
 - 2.1. Recepción de las Resoluciones Judiciales adoptadas por los Juzgados de Menores.
 - 2.2. Derivación de las medidas judiciales a las entidades que gestionan los recursos en materia de Justicia Juvenil.
 - 2.3. Supervisión y derivación al Juzgado de Menores correspondiente de toda la documentación referida a la ejecución de la medida judicial; Asignación del profesional responsable de la Ejecución de la medida, Inicio de medida, Solicitud de Prorroga en el Plazo de Elaboración del Programa Individualizado de Ejecución de Medida (PIEM) e Informes (PIEM, Seguimiento, Incidencias y Final).
 - 2.4. Recepción y envío de toda la documentación procedente del Juzgado de Menores a la entidad encargada de la ejecución de la medida (Autorización de Prorroga en el Plazo de Elaboración del PIEM, Auto de Aprobación del PIEM, Liquidación de Medida, Auto de Archivo por Cumplimiento, etc.).
3. Equipo de Medio Abierto.
 - 3.1. Recepción del Expediente (Auto o Sentencia Judicial e Informe del Equipo Técnico de Fiscalía de Menores).
 - 3.2. Inicio de la Medida Judicial con la primera toma de contacto con el menor/joven.
 - 3.3. Estudio y valoración del perfil del menor y de sus necesidades específicas para su posterior derivación a los recursos disponibles.
 - 3.4. Remisión de la documentación acordada. (Solicitud de Admisión, copia de la Sentencia Judicial o Aprobación Judicial, en el caso de que el Tratamiento Ambulatorio sea propuesto por el Educador del EMA entre sus objetivos, Informe del Equipo Técnico de Fiscalía de Menores e Inicio de la Medida de Libertad Vigilada).
 - 3.5. Seguimiento de la ejecución de la medida en coordinación con el CTA.
 - 3.6. Recepción de los Informes emitidos por el CTA por parte del Técnico responsable del seguimiento de la medida Judicial para su posterior traslado al Departamento de Justicia Juvenil.
4. Pisos de Convivencia con Grupo Educativo y Centros de Internamiento.
 - 4.1. Recepción del Expediente: Auto o Sentencia Judicial e Informe del Equipo Técnico de Fiscalía de Menores.
 - 4.2. Inicio de la medida con el ingreso del menor en el Centro.
 - 4.3. Solicitud al Departamento de Justicia Juvenil de la derivación del menor al SPD.

- 4.4. Coordinación con el CTA designado para el inicio y seguimiento de la intervención con el menor.
- 4.5. Recepción de los informes emitidos por el CTA para su posterior traslado al Departamento de Justicia Juvenil.

Proceso de Actuación.

Podemos definir el proceso como el conjunto de actividades secuenciadas destinadas a establecer un diagnóstico de trastorno por sustancias, valorando la necesidad de la intervención psicosocial y seleccionando la más adecuada, de aquellos menores a los que se les imponen medidas por órganos judiciales hasta su recuperación, informando de la evolución al organismo competente.

En el proceso podemos distinguir las siguientes fases:

1. Por la responsable de Justicia Juvenil se recepciona el caso y se procede al estudio inicial del mismo, verificando que dispone de toda la documentación que corresponda.
2. Con la responsable provincial del SPD se realiza, si procede, el protocolo conjunto de valoración y derivación, entendiéndose que su perfil debe ajustarse a:
 - 2.1. Menores en riesgo que reúnan criterios diagnósticos de algún trastorno por abuso / dependencia y que acepten iniciar tratamiento tras haber sido derivados por los responsables a nivel provincial del Servicio de Justicia Juvenil y el SPD de Cádiz.
 - 2.2. Menores que no cumpliendo criterios diagnósticos se encuentran en situación de alto riesgo.
3. Con el protocolo de derivación se deberá adjuntar la siguiente documentación:
 - 3.1. Copia de las Medidas Judiciales impuestas en Sentencia o Auto del menor.
 - 3.2. Copia del Informe del Equipo Técnico de Fiscalía.
 - 3.3. Copia del inicio de la medida de Libertad Vigilada.
 - 3.4. Protocolo de derivación del menor salvo los dos últimos puntos a elaborar por ambos responsables.
 - 3.5. Autorización de transmisión de datos. (Ver anexo).
4. En el CTA que corresponda se procede al estudio del caso:
 - 4.1. Si no se dispone, recaba consentimiento firmado al menor para la transmisión de información entre las diversas instituciones intervinientes (Ver anexo).
 - 4.2. Explica al menor lo que implica la cumplimentación de la solicitud de inicio de tratamiento antes de que éste proceda a su firma (Ver anexo).
 - 4.3. Programar la intervención diagnóstica por las distintas figuras profesionales del centro (bio-psico-social) y, en especial, proceder a evaluar si existe uno o más trastornos por abuso o dependencia de sustancias y, en caso afirmativo, determinar su severidad según criterios formales CIE 10 e identificar las necesidades de tratamiento para dichos trastornos:
 - 4.3.1. **puntos fuertes y factores de protección** (autoestima, religiosidad, apoyo familiar y social, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y motivación hacia el tratamiento).

- 4.3.2. **historia de uso y abuso de sustancias** y su tratamiento (inicio, frecuencia, intensidad, patrón de consumo, vías de auto administración).
- 4.3.3. **historia y examen médico y psicológico** detallado, incluyendo los problemas en el desarrollo.
- 4.3.4. **historia familiar** (problemas familiares por uso de sustancias, salud mental y física, conducta delictiva, patrones de crianza, puntos fuertes y apoyo al tratamiento).
- 4.3.5. **red social** de pares y amigos.
- 4.3.6. historia de **desempeño escolar, empleo y vocacional** (problemas de aprendizaje, necesidad de educación especial, asistencia).
- 4.3.7. **contacto con servicios e instituciones** (problemática judicial, delincuencia, tratamientos).
- 4.3.8. hábitos recreativos y de tiempo libre (hobbies, intereses, actividades, aspiraciones).
- 4.4. Conocer en detalle la naturaleza, determinantes y consecuencias del consumo de sustancias en el adolescente o menor, incluyendo problemas que pueden no haberse identificado inicialmente en: situación médica, educacional, legal, funcionamiento y apoyo social, relaciones familiares, conductas de riesgo y delictivas y ajuste psicológico.
- 4.5. Examinar en qué medida la familia del adolescente o menor puede ser implicada en los procesos de evaluación y tratamiento.
- 4.6. Emitir informes de no inclusión en tratamiento y, en el caso del inicio del mismo, sobre la evolución y circunstancias del menor en los términos acordados y recogidos en el Plan Terapéutico.
- 5. Por el CTA y educadores intervinientes:
 - 5.1. Estudio del caso y establecimiento de las medidas de coordinación, calendario, evaluación e informes a emitir.
 - 5.2. Elaborar y documentar un primer plan conjunto de tratamiento individualizado (PTI) en un plazo máximo de dos meses desde la primera cita que, al menos, incluya:
 - 5.2.1. Severidad de los trastornos identificados, factores que contribuyen o los mantienen, puntos fuertes del menor o adolescente y plan para la corrección de déficits y resolución de las necesidades identificadas.
 - 5.2.2. Procedimientos para asegurar el cumplimiento del plan por cada parte, revisión, adaptación y terminación.
 - 5.2.3. Recomendaciones para la utilización de otros servicios y cómo se coordinarán e integrarán estos diversos servicios.
 - 5.3. Elaborar informe técnico de evolución relativo al primer trimestre.
 - 5.4. Intervenir y desarrollar los objetivos propuestos en el PTI, utilizando para ello las estrategias de incremento motivacional, técnicas de entrenamiento en el manejo de situaciones conflictivas de consumo, fomento de habilidades sociales, autoestima y presión grupal, así como las estrategias de familia mediante el entrenamiento a padres.
 - 5.5. Elaborar informe técnico de evolución relativo al final del proceso y de las

causas de salida que, a grandes rasgos, podemos agrupar en:

5.5.1. Finalización de los objetivos propuestos en PTI.

5.5.2. Salida no terapéutica.

5.5.3. No reunir el menor los criterios diagnósticos para el inicio del tratamiento.

5.5.4. No aceptación del menor del PTI propuesto.

5.5.5. No poder cumplirse algunas de las condiciones del tratamiento en los CTA.

6. Por los educadores intervinientes:

6.1. Gestionar la primera cita en el CTA que corresponda.

6.2. Participar en el diseño y desarrollo del PTI.

6.3. Realizar las actuaciones y actividades previstas en el PTI.

Evaluación del proyecto.

Para el seguimiento y evaluación del proceso se establecen los siguientes indicadores:

1. Número de menores derivados a los CTA desde el Departamento de Justicia Juvenil.
2. Número de protocolos estudiados a nivel provincial, atendiendo al número de ellos que son derivados a los CTA y el número de protocolos a los que se proponen otras alternativas.
3. Número de protocolos derivados a los CTA que no inician tratamiento, según causa.
4. Número de usuarios que salen del tratamiento, según causa.
5. Número de protocolos que cuentan al ser derivados con:
 - 5.1. Copia de las Medidas Judiciales impuestas en Sentencia o Auto del menor.
 - 5.2. Copia del Informe del Equipo Técnico de Fiscalía.
 - 5.3. Copia del inicio de la medida de Libertad Vigilada.
6. Número de menores con proceso diagnóstico completo.
7. Número de controles toxicológicos realizados durante la fase de acogida y valoración.
8. Número de controles realizados durante el seguimiento del proceso terapéutico.
9. Tiempo medio de permanencia en el centro.

Al final de cada año se realizará una memoria de actuaciones donde se recojan los datos reseñados agrupados por: género, Centro de Tratamiento y droga principal.

Además de las variables de proceso estudiadas, se propone recoger otras variables cualitativas sobre las actuaciones realizadas tales como la participación familiar en el tratamiento, nivel de coordinación entre las partes intervinientes, grado de cumplimiento de los objetivos marcados, etc.

Documentos y/o registros:

1. Autorización firmada para la transmisión de información a las instancias administrativas implicadas.
2. Protocolo de valoración-derivación, acompañado de los documentos requeridos.
3. Historia Clínica Informatizada del menor.
4. Registro de la Actividad Asistencial que se realice.
5. Hoja de Registro General del Programa en la base de datos provincial.

Procedimientos asociados:

1. Controles de Drogas en orina (no se incluyen inhalables)
2. Aplicación de programas terapéuticos específicos del SPD de Cádiz
3. Aplicación de Instrumentos Diagnósticos
4. Protocolos de Derivación a Recursos.
5. Informes de Evolución.

Aplicaciones informáticas:

1. Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas (SIPASDA)
2. Sistema de Gestión Diagnóstica del SPD de Cádiz
3. Aplicación para el Seguimiento de Menores con medidas judiciales impuestas.

2. Protocolo inicial de derivación desde el SPD.

Servicio de Justicia Juvenil

Delegación Provincial de la Consejería de
Justicia y Administración Pública
Plaza de España, 19
11071 Cádiz

ASUNTO: Informe de seguimiento. Datos relativos al protocolo inicial.

1. Procedimiento:

- 1.1. Referencia:
- 1.2. Juzgado:
- 1.3. Fecha:

2. Menor:

- 2.1. Nombre:
- 2.2. Apellidos:
- 2.3. Domicilio:
- 2.4. Dist. Postal:
- 2.5. Localidad:
- 2.6. Provincia:
- 2.7. Fecha de nacimiento:
- 2.8. Sexo:
- 2.9. DNI número:
- 2.10. Nacionalidad:

3. Documentación:

- 3.1. Sentencia:
- 3.2. Informe del Equipo Técnico:
- 3.3. Medidas impuestas:
- 3.4. Protocolo:
- 3.5. ¿Consiente el menor el inicio de tratamiento?:
- 3.6. Delito o Falta:

4. Valoración inicial del caso:

- 4.1. Fecha:
- 4.2. ¿Procede el caso?:
- 4.3. Derivación a CTA:
 - 4.3.1. T. R. CTA:
 - 4.3.2. Dirección CTA:
 - 4.3.3. Teléfonos CTA:
 - 4.3.4. Población:
- 4.4. Coordinador DJJ:
 - 4.4.1. Dirección:
 - 4.4.2. Teléfonos:
 - 4.4.3. Población:

5. Adicción o droga:

- 5.1. Adicción principal:
- 5.2. Adicción secundaria:

6. Diagnóstico:

7. Programa terapéutico individual:

- 7.1. Fecha elaboración:
- 7.2. Tratamientos complementarios por DJJ:
- 7.3. Existen medidas de coordinación con DJJ:
- 7.4. Existen medidas de coordinación e intervención con familia:
- 7.5. Programas previstos:
- 7.6. Frecuencia prevista para las citas:
- 7.7. Frecuencia prevista para los informes:
- 7.8. ¿Acepta el menor el PTI propuesto?:
- 7.9. Se realiza informe de evolución del primer trimestre:
- 7.10. Fecha fin del proceso:
- 7.11. Causa de salida:
- 7.12. Fecha informe final:

Cádiz, a lunes, 24 de octubre de 2016

Jefa del Departamento de Programas Asistenciales e Incorporación Social
Drogodependencias

María José Machado Díaz

Protocolo de Actuación ante los usuarios procedentes de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas y Centros de Inserción Social.

1 Generalidades sobre el proceso.

La intervención con los usuarios procedentes de estas instituciones se debe a que muchos de los penados que los tribunales les conceden el beneficio de la suspensión de pena o la libertad condicional se les impone, a su vez, determinadas medidas que éstos deberán cumplir. El seguimiento de estas actuaciones corresponde a los Servicios Sociales Penitenciarios (SSP), quienes deberán informar de las actuaciones que se realicen con estos usuarios.

A veces, las medidas impuestas están en relación con la obligatoriedad del penado de solicitar atención en un Centro de Tratamiento de Drogodependencias y Adicciones (CTA). Por ello, con objeto de posibilitar esta demanda, se estima necesaria la coordinación entre ambas instituciones y el establecimiento de un protocolo de actuación para estos casos.

2 Definición funcional.

Conjunto de actuaciones necesarias para suministrar información de utilidad terapéutica solicitada por estas instituciones, mediante la aplicación de procedimientos de valoración diagnóstica y terapéuticas. Estas acciones implican:

- Analizar la demanda portada por el usuario.
- Valorar y, si es pertinente, llevar a cabo las acciones terapéuticas oportunas.
- Informar de las actuaciones que pudieran derivarse de nuestras intervenciones.

3 Límites de entrada o forma de producirse la entrada al proceso.

El proceso se inicia con la derivación a uno de los CTAs del SPD de Cádiz de los pacientes a los que se les imponen las medidas judiciales de Tratamiento Ambulatorio en Drogodependencias y su correspondiente petición de cita.

4 Límites finales o formas de salida del proceso.

Las causas de salida del proceso podemos agruparlas en las siguientes categorías:

- No incorporación por: No reunir los criterios diagnósticos para el inicio del tratamiento.
- No incorporación por: No aceptación de las condiciones de tratamiento o PTI propuesto.
- Finalización de los objetivos propuestos en PTI.(Plan de Tratamiento Individualizado)
- Salidas no terapéuticas tras incorporarse a un tratamiento normalizado.

5 Límites marginales o actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

Usuarios que en el proceso de evaluación y diagnóstico se descarta la presencia de un trastorno relacionado con el ámbito de las adicciones y por tanto que no cumpla con los criterios diagnósticos para el inicio del tratamiento o que no puedan cumplirse/aceptar con las condiciones de tratamiento propuestas.

6 Responsable del proceso.

En los CTA son los Terapeutas de Admisión y posteriormente de Referencia, los responsables de recepcionar, informar y gestionar las intervenciones de estos usuarios en el CTA.

Por otro lado, los Servicios Sociales Penitenciarios/CIS en cuanto al presente protocolo, deberán asumir la responsabilidad de:

- Informar al penado de las medidas tomadas por el Juez y condiciones precisas a cumplir por el mismo para poder permanecer en esta situación (donde se incluye la obligatoriedad de asistir a un Centro de Tratamiento Ambulatorio).
- Facilitar direcciones y formas de contactar con los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de la provincia de Cádiz.
- Solicitar autorización al penado para recabar información al CTA.
- Solicitar autorización al penado para poder facilitar el auto judicial al CTA.
- Facilitar el auto judicial al CTA y demás documentación que considere conveniente para el tratamiento del caso.
- Solicitar al CTA correspondiente informes de evolución del tratamiento.

7 Observaciones.

- En relación a la emisión de Informes:

Todos los informes emitidos dentro de este protocolo, serán entregados en mano, salvo en el caso específicamente indicado de las solicitudes de informes que proceden directamente de los órganos judiciales como jueces o fiscales donde, además no será necesario recabar autorización para la transmisión de información.

En el caso que sea el propio CIS el que solicite directamente un informe sin la presencia directa del usuario en el CTA, no se podrá facilitar información alguna sino se dispone de la correspondiente autorización para poder informar.

- Directorio de CIS:

CIS Manuel Montesinos y Molina.
Carretera CA-9208. Km. 4,5
11207 Algeciras

CIS Alfredo Suar Muro.
Polígono El Porvenir Crta. Nac IV Km. 633
11407 Jerez de la Frontera
Tfno: 956 80 61 80 y Fax: 956 80 61 84

8 Destinatarios del proceso.

Los usuarios a los que le son impuestas medidas de carácter ambulatorio por consumo de drogas por el órgano judicial en relación con la obligatoriedad del penado de solicitar atención en un Centro de Tratamiento de Drogodependencias y Adicciones (CTA).

9 Actividades del proceso.

La descripción del proceso por fases es la siguiente:

- Recepción y análisis de la demanda que aporta el usuario.

Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Admisión.	-Analiza la demanda. -Informa de los procedimientos de actuación. -Valora la incorporación a tratamiento.	-Valora globalmente la demanda, incluyendo los documentos que aporta de la institución derivadora. -Constata específicamente diagnóstico debido a trastornos por sustancias mediante pruebas diagnósticas y/o entrevistas clínicas. -Asegura que, en el supuesto de que el equipo terapéutico del CTA considere que no existen las condiciones objetivas en el usuario para iniciar tratamiento (referencia expresa a no consumo de drogas, no muestre interés alguno, no signos compatibles con diagnóstico de trastorno por sustancias, etc.) se emite un único informe en el que se explicarán los criterios que justifican no iniciar un proceso de tratamiento. -Garantiza que no se aceptan derivaciones de usuarios con el sólo propósito de recoger muestras de orina, sin que esta actuación se encuentre inserta dentro de un programa de tratamiento más amplio a criterio del terapeuta. En estos casos facilitará informe correspondiente. -Registra datos en HC. -Registra incidencias en Sipasda, según proceda.

- Admisión y seguimiento de la intervención propuesta.

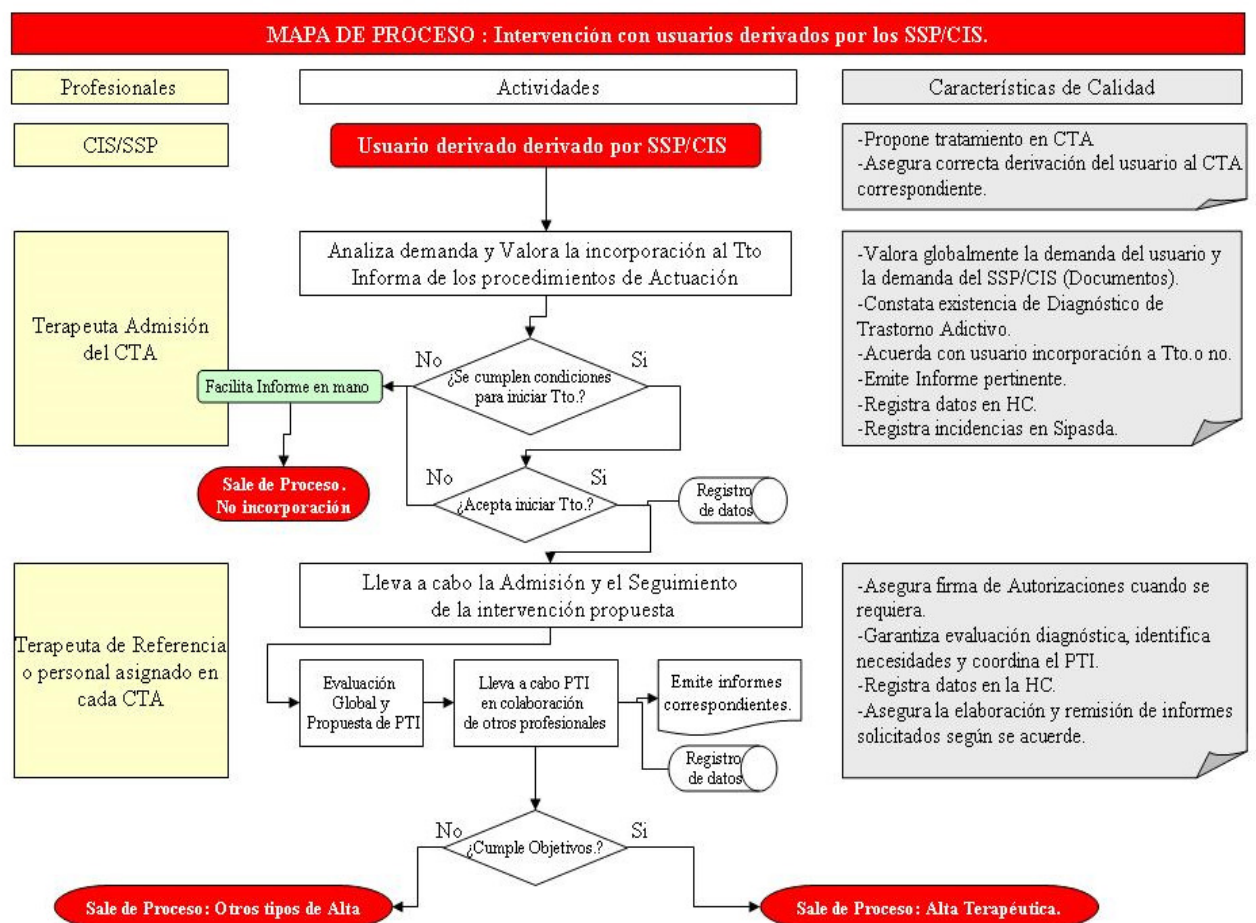
Profesional	Actividades	Criterios de calidad
Terapeuta de Referencia o personal asignado en cada CTA.	-Realiza evaluación global y propone PTI para llevar a cabo. -Lleva a cabo PTI en colaboración con el resto de profesionales del CTA. -Elabora informes técnicos pertinentes.	-Asegura firma del Documento de Autorización de Trasmisión de Información en los casos que lo requiera. -Asegura una correcta evaluación diagnóstica en el ámbito de los trastornos por sustancias y en el ámbito psicosocial. -Identifica necesidades de intervención y propone estrategias y objetivos a cumplir con el usuario dentro de los 3 meses posteriores a la demanda. -Coordina el PTI en colaboración con los profesionales remitentes.

		-Garantiza que la información obtenida se pone a disposición del resto de los profesionales mediante su registro en la HCI en sus diferentes apartados. -Asegura la elaboración y remisión de los informes solicitados y en los tiempos propuestos (Informes de Evolución semestrales e Informes con cambios significativos o de alta).
--	--	---

10 Componentes del proceso.

- Dispositivos Asistenciales del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- Centros de Inserción Social y Servicios Sociales Penitenciarios de la provincia de Cádiz (No existe ningún acuerdo de colaboración vigente).

11 Diagrama de flujos. Arquitectura de los procesos.



12 Indicadores del proceso.

Actualmente no existen indicadores del protocolo, hasta que en el Sipasda se realicen las modificaciones oportunas que nos permita disponer de una información puntual sobre la actividad realizada dentro de este proceso.

Esta propuesta de indicadores lleva implícito el desarrollo de todo un sistema de derivaciones y registros que actualmente no disponemos, por lo que se trataría de establecer mecanismos de derivación entre las instituciones (derivación mediante protocolos con campos cerrados, sistemas de registros de datos y de coordinación de la información (acuerdos sobre momentos de emisión de informes, etc.)

13 Anexos.

ANEXO 1. Protocolo inicial de derivación desde los CIS al SPD. (Se trata de una propuesta, al objeto de que se considere la opción de que todos los usuarios sean derivados previamente al SPD de Cádiz, desde donde se le asignará CTA y fecha de la primera cita.

Todos los documentos necesarios en relación a los Consentimientos y los tipos de informes a emitir, se encuentran en alojados en el Gestor Documental en el apartado de Informes a Solicitudes de los Servicios Sociales Penitenciarios:

Autorización para la Inserción de datos de Carácter Personal.

Consentimiento de Transmisión de Información entre Instituciones.

Consentimiento para Iniciar Tratamiento.

Informe acerca de la Petición de Tratamiento.

Informe con Propuesta Terapéutica Inicial.

Informe de Seguimiento.

1. Protocolo inicial de derivación desde los SSP/CIS al SPD. (Esto es sólo una propuesta, al objeto de que se considere la opción de que todos los usuarios sean derivados previamente al SPD de Cádiz, desde donde se le asignará CTA y fecha de la primera cita.

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE USUARIOS.

Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz

Datos Correspondientes Servicio que deriva el caso:

Nombre de la Institución:

Dirección completa:

Tfno. y Fax:

Nombre de la persona de enlace o responsable del caso:

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DERIVADOR:

2. Procedimiento de origen:

2.1. Referencia:

2.2. Juzgado:

2.3. Fecha:

3. Usuario:

3.1. Nombre:

3.2. Apellidos:

3.3. Domicilio:

3.4. Dist. Postal:

3.5. Localidad:

3.6. Provincia:

3.7. Fecha de nacimiento:

3.8. Sexo:

3.9. DNI número:

3.10. Nacionalidad:

4. Datos sobre el caso:

4.1. Medidas impuestas:

4.2. Objetivos de la derivación:

4.3. Intervenciones o acciones que se vienen realizando:

4.4. Otros documentos que se acompañan:

4.5. Observaciones:

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE CÁDIZ.

- 4.6. Aceptación de la derivación: (En caso de no aceptarse la derivación se referirán los motivos):
- 4.7. CTA al que se deriva:
- 4.8. Fecha de la primera Cita:
- 4.9. Comunicado a la Institución Derivadora en la fecha:

A CUMPLIMENTAR POR EL CTA.

- 4.10. ¿Acepta tratamiento / acude?: (En caso de no incorporarse a tratamiento se referirán los motivos):
- 4.11. Profesional responsable:
- 4.12. Diagnóstico:
- 4.13. Adicción o droga principal:
- 4.14. Fecha en que se acuerda un PTI:
- 4.15. Fecha de primer informe de seguimiento:
- 4.16. Fecha otros informes de seguimiento:

- 4.17. Fecha Informe Final:
- 4.18. Causa de salida:

Intervención en Instituciones Penitenciarias a través de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias.

(Desarrollo de un Protocolo de Actuación atendiendo al Acuerdo Sectorial en materia de drogodependencias, recogido en la Resolución del BOE nº 228 de 23 de septiembre de 2005).

Introducción.

En el año 1989 se inicia en los Centros Penitenciarios el Programa de Apoyo a las Drogodependencias, a través de un convenio marco de colaboración, suscrito entre el Ministerio de Justicia, el Plan Nacional sobre Drogas y la Junta de Andalucía, que ha permitido la creación y puesta en marcha de equipos técnicos de intervención en los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma. Estos servicios se adscriben a los Centros Provinciales de Drogodependencias con el objetivo de mejorar la calidad y la cobertura de la atención sanitaria y social que se presta a las personas con problemas derivados del consumo de drogas en estas instituciones.

Posteriormente en el Acuerdo sectorial del 7 de diciembre de 2005, en materia de drogodependencias entre la Consejería para la Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía y el Ministerio del Interior, se desarrolla el Convenio marco de colaboración en la búsqueda de un intercambio y apoyo mutuo, que permitan una mayor calidad y eficacia en los programas de intervención en los centros penitenciarios de Andalucía

Objetivos recogidos en el Acuerdo.

- Aumentar la sensibilización del personal que trabaja en instituciones penitenciarias para su participación en la puesta en funcionamiento y desarrollo de programas de intervención en drogodependencias.
- Formar al personal de los centros Penitenciarios de Andalucía en las materias necesarias para su participación en el desarrollo de programas de intervención en drogodependencias en el ámbito penitenciario.
- Establecer canales de información y protocolos de coordinación estables entre la red asistencial de tratamiento a drogodependientes del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA) y los Equipos Multidisciplinares de los centros penitenciarios.
- Dotar a los centros penitenciarios de aquellos recursos necesarios para el apoyo a los programas de intervención en drogodependencias que se desarrollen en los centros.

Para el normal desarrollo de las actividades, la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, a través de los Equipos de Apoyo a II.PP., se compromete a:

- Proporcionar a los profesionales de los centros penitenciarios la información de los recursos existentes para el desarrollo de los programas preventivos, asistenciales y de incorporación social.
- Garantizar la coordinación de los Centros Provinciales de Drogodependencias, integrados en la red pública de tratamiento, con los Equipos Multidisciplinares-GAD de los centros penitenciarios.
- Facilitar a los profesionales de los centros penitenciarios el apoyo técnico y la formación que requieran para el desarrollo de los programas terapéuticos.
- Complementar el trabajo de los Equipos Multidisciplinares-GAD, reforzando los Equipos de Apoyo a II.PP. con profesionales dependientes de los Centros Provinciales de Drogodependencias y apoyando con recursos materiales necesarios para el óptimo desarrollo en los centros penitenciarios de los mismos programas que existen en la red asistencial normalizada.
- Establecer itinerarios de incorporación social desarrollando programas específicos para internos drogodependientes en centros penitenciarios.
- Incluir a los centros penitenciarios en el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Por otro lado, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, a través de los responsables de los centros penitenciarios, se compromete:

- Facilitar la asistencia de profesionales de la Institución Penitenciaria a reuniones y otras actividades formativas.
- Mantener en funcionamiento los Grupos de Atención al Drogodependiente (GAD) en todos los centros penitenciarios de Andalucía, con los profesionales necesarios para el desarrollo de las intervenciones, regulándose su composición mediante normativa del Ministerio del Interior.
- Desarrollar los programas terapéuticos en todas sus modalidades, en todos los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma andaluza .
- Garantizar que las actuaciones desarrolladas por ONGs, se ajusten y adecuen a los objetivos, métodos y procedimientos acordados entre ambas instituciones, en las Comisiones Técnicas del desarrollo del Convenio.
- Desarrollar la implementación de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT), del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- Proporcionar las instalaciones y recursos materiales necesarios para el desarrollo de los programas y actuaciones, incluyendo despachos, línea telefónica y soporte informático.

Premisas para actuar sobre las drogas en prisiones.

Existen importantes razones para intervenir sobre los problemas asociados a las drogas en el contexto penitenciario, lo cual no siempre es fácil debido tanto a factores propios de los usuarios como de las circunstancias complejas de la institución donde se encuentran, lo que nos obliga a realizar un doble esfuerzo de planificación, más realista y más creativa si se quiere, buscando la máxima coordinación entre todos los intervinientes (profesionales de las propias prisiones, funcionarios, ONG y los Equipos de drogodependencias especializados que proceden del exterior), y una continua evaluación de los trabajos que venimos realizando.

Así pues, cualquier actuación en este medio debería pasar por el establecimiento de unas condiciones institucionales que permitan realizar el trabajo con suficiente coordinación, con objetivos claros y asumidos por los responsables y con buenas dosis de entendimiento por parte de todos.

Los Planes autonómicos de Drogas, intervienen en prisiones mediante el establecimiento de acuerdos con la institución penitenciaria, llevando a cabo programas asistenciales u de otro tipo y siendo necesario coordinar la actuación de sus profesionales con otros programas y entidades que trabajan en las cárceles.

El **Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD)** es el órgano colegiado encargado de la coordinación de las intervenciones sobre drogodependencias. La eficacia de la intervención en materia de drogodependencias dentro del ámbito penitenciario depende fundamentalmente del funcionamiento de este órgano. Por ello, el objetivo 9º de la Estrategia Nacional sobre Drogas persigue "Garantizar la existencia y desarrollo de los Grupos de atención al Drogodependiente en el medio penitenciario". En la composición del GAD están presentes todos los departamentos del centro penitenciario, sí como las instituciones que intervienen en drogodependencias. En cada centro penitenciario existe un GAD, de composición multidisciplinar, en el que participan profesionales del centro penitenciario y de otras instituciones y ONGs.

La *Circular 17/2005 sobre Programas de Intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias* redefine los equipos de coordinación y gestión. El nuevo diseño concibe que el desarrollo de los programas en los centros penitenciarios deberá apoyarse en tres tipos de equipos:

- **El Equipo sanitario**, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias. El equipo Sanitario es responsable de las actuaciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. También es responsabilidad del Equipo Sanitario del centro penitenciario el desarrollo de los programas específicos de intercambio de jeringuillas, de prescripción y dispensación de metadona, las

intervenciones en sobredosis, la desintoxicación de sustancias de abuso y el tratamiento con antagonistas.

- **El Equipo Técnico-GAD**, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinarias. Está compuesto por profesionales penitenciarios de la sanidad, la psicología, el trabajo social y la educación, y la colaboración de profesionales extrapenitenciarios de estas áreas, pudiendo ampliarse con otros profesionales de otras áreas relevantes. El número de Equipos Técnicos-GAD dependerá del volumen de la población. En centros pequeños es posible que un único Equipo desarrolle todos los programas multidisciplinarios. En centros grandes serán necesarios varios Equipos Técnicos-GAD específicos para el desarrollo de cada uno de los programas.

- La **Comisión GAD**, con funciones fundamentalmente de coordinación, establece las relaciones institucionales y con ONGs. La Comisión GAD está compuesta por el Director, el Subdirector Médico, el Subdirector de Tratamiento, los Coordinadores de los Equipos Técnicos-GAD y los Coordinadores del resto de los programas con internos drogodependientes. Además, podrán formar parte de la Comisión representantes del Plan Autonómico sobre drogas y de ONGs, así como otros profesionales de la Institución.

Funciones de la Comisión GAD

- a) Efectuar las reuniones necesarias para analizar y evaluar el desarrollo de los programas de intervención, en las que actuará como secretario el Coordinador, debiendo realizar formalmente al menos una reunión trimestral, quedando constancia mediante acta de las decisiones adoptadas.
- b) Establecer los objetivos a conseguir con carácter anual, determinando las prioridades en materia de prevención, asistencia y reincorporación social, en función de las características y necesidades de la población drogodependiente.
- c) Garantizar el acceso de los internos drogodependientes que lo precisen, por su situación psicofísica y adictiva, a los programas sanitarios específicos, de tratamiento con metadona y de intercambio de jeringuillas.
- d) Determinar el número de Equipos Técnicos-GAD necesarios y su composición para que en el centro penitenciario se desarrollen los programas multidisciplinarios, de prevención-educación para la salud, intervención psicosocial en el tratamiento con metadona y deshabituación.
- e) Asignar a cada Equipo Técnico-GAD los profesionales de la Institución Penitenciaria necesarios para que esté formado al menos por sus componentes básicos: médico, psicólogo, educador y trabajador social, en función del grado de colaboración extrapenitenciaria (número de profesionales, dedicación en horas y días, área-programa de intervención).
- f) Establecer las relaciones institucionales y con ONGs en el ámbito de las drogodependencias.
- g) Establecer la organización y coordinación de los recursos materiales (despachos, aulas, talleres, módulos, etc.) para el desarrollo de los programas y actuaciones.
- h) Impulsar y supervisar la accesibilidad de los internos drogodependientes en programa terapéutico a actividades y programas educativos, de formación profesional y ocupacional y de inserción social y laboral.
- i) Determinar los modelos de intervención para el desarrollo de cada programa.

Intervenir en el medio penitenciario: Los Protocolos de Actuación en Puerto II y Botafuegos.

Independientemente de que los centros penitenciarios tienen unas características que limitan y condicionan los propuestas de cambios de las personas allí ingresadas, también tiene una serie de condiciones que podrían permitirnos contactar con una población con importantes problemas de salud, sociales, etc., con los que podemos poner en marcha recursos multidisciplinarios para la inserción, reducir riesgos de salud, o, simplemente permitirles un alto en el camino, que les pudiera ayudar a preparar su salida al exterior.

Pero para que esto realmente funcione, hace falta un auténtico ensamblaje de todas las piezas, un verdadera y permanente coordinación de los Equipos GAD, donde, de forma ágil se de respuesta a los distintos problemas que puedan surgir y se potencien los programas de

trabajo que se hayan consensuado.

Por otra parte, todo debe estar recogido en un plan detallado dependiendo de las disponibilidades del centro, que incluya: objetivos generales y operativos, población a la que se dirige, mecanismos de acceso, actividades a realizar, personas que integran el GAD con funciones y niveles de responsabilidades, recursos necesarios, sistemas de recogida y registros de datos así como sus correspondientes indicadores y responsables del registro. Todo ello buscando:

- La combinación de los programas generales y específicos orientados al tratamiento de las drogodependencias con los programas de acompañamiento comunes a todos los reclusos (desde la información al entrar en prisión, la evaluación inicial, las actividades formativas, laborales o lúdicas, la preparación de la salida).
- La coordinación de los recursos propios de la institución (personal e instalaciones) con la oferta de la comunidad y sus entidades públicas y privadas, buscando un uso racional de los recursos.
- La continuidad entre la vida del recluso antes y después de su estancia en prisión. El diagnóstico debe recoger el historial de tratamiento previo, si existe, y la preparación de la salida incorporar la dimensión del tratamiento en recursos externos a la prisión.

Una vez analizado el marco de las actuaciones, se establecen las siguientes prioridades para dar respuestas a los objetivos macados:

1.- Protocolo de Información, Acogida y Seguimiento:

Descripción: El primer contacto del interno que ingresa a prisión es con los profesionales del área de tratamiento (educador, trabajador social, psicólogo) y del área sanitaria (médico). Esta toma de contacto inicial permite valorar la situación del interno respecto de sus posibles problemas de consumo de drogas. Este primer momento permitirá informar, en el caso de problemas de adicciones, de la existencia de profesionales que podrían valorar más ampliamente la situación e informarles de los recursos existentes.

Posteriormente la intervención en esta fase está centrada en el área psicológica, social y educativa-ocupacional. El análisis funcional de la conducta, el desarrollo de estrategias de solución de problemas, mejorar la capacidad de autocontrol y habilidades sociales, etc., son estrategias encaminadas a dotar al interno/a de los recursos que le facilitan mantenerse al margen del consumo y del estilo de vida asociado. Se trabaja sobre la base del modelo de prevención de recaídas.

En el área social, la intervención con familias supone un apoyo a lo largo de este proceso y permite establecer un vínculo para la preparación de la salida y reincorporación social.

Método de Trabajo: Los profesionales que llevan a cabo el primer contacto con las características del interno, además de formular la propuesta de clasificación interior, ofrecerán al interno en función de su probable diagnóstico inicial la información sobre los programas de intervención que sobre drogas se llevan a cabo en el centro. Posteriormente, ya sea a petición del interno/a o a iniciativa de los miembros del GAD, se podrá realizar una entrevista en la que se ofrece al usuario información específica sobre los diversos programas de intervención, los requisitos de acceso a los mismos, el responsable a quien dirigirse, etc. A partir de aquí, si el interno/a está motivado para iniciar alguno de los programas específicos de tratamiento, es necesario su consentimiento, puesto que las actividades de tratamiento en la actual legislación penitenciaria tienen carácter voluntario. Cada uno de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias, valorará la posibilidad de incorporarse a alguno de los programas atendiendo a las motivaciones analizadas, historial toxicológico, situación jurídico-penal, tratamientos anteriores, etc...

Los Equipos del S.P.D., colaborarán con el resto de los intervinientes y en la medida que se proponga en el GAD, efectuarán un seguimiento de aquellos pacientes que se encuentren en estos programas, valorando que la frecuencia en su atención estará en función del número de usuarios en programa, motivación de los mismos y de las capacidades del propio equipo. Se proporciona una atención individual/grupal en las dependencias específicas de cada

galería o módulo a los drogodependientes que previamente cumplan aquellos criterios de acceso previamente prefijados.

Indicadores de Evaluación: Nº de usuarios que acceden por primera vez al Equipo de Tratamiento (EAIP), Nº de usuarios que continúan tratamientos regularizados desde el exterior en la prisión (distintos al Programa de Tratamiento con Metadona).

Los profesionales de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias, aplicarán el Protocolo de Intervención Asistencial. Proceso de atención ambulatoria a la persona con problemas relacionados con las adicciones, que viene desarrollado en el Manual, dentro de las Prisiones, con las correspondientes consideraciones, dado que no se trata de un medio ambulatorio abierto y donde se incluirán las siguientes acciones:

- La Gestión de Citas implica la recepción de las instancias de los internos que solicitan iniciar tratamiento con el equipo y la recepción de las derivaciones realizadas por los servicios médicos y el equipo de tratamiento del centro penitenciario, ordenamiento según módulos de procedencia y constatación de su existencia en Sipasda. Estas instancias son remitidas por los funcionarios correspondientes a las dependencias del Equipo del SPD de Cádiz.
- Se cita al interno en su módulo, donde se explica quiénes somos y se analiza el motivo de la consulta, se valora la motivación para recibir tratamiento y la existencia de historia de consumo de drogas (en prisión o antes de su ingreso), preservando especialmente la confidencialidad.
- Si el interno presenta historia de consumo y existe motivación para recibir tratamiento se procede a la acogida.
- En caso de pacientes nuevos, se informa de la cartera de programas del SPD, se le explica el proceso terapéutico, las limitaciones existentes en el medio penitenciario, cómo pedir citas y ponerse en contacto con el EAIIPP, etc.
- En caso de que el paciente se encontrara activo en un CTA, se explican las limitaciones existentes en el medio penitenciario, cómo pedir citas y ponerse en contacto con el Equipo de IIPP, etc.
- Firma de los consentimientos informados y, en su caso, de la autorización para el traslado de información entre el Equipo de IIPP y el Centro Penitenciario.
- En caso de pacientes nuevos se cumplimenta la FIBAT y se procede a la apertura de la HCI.
- En caso de pacientes activos en un CTA se realiza la derivación en el SIPASDA, se solicita al CTA la baja en el Sistema de Gestión de Pruebas Diagnósticas y se procede al alta en el mismo con nuestro equipo, solicitándose el envío de la HCI.
- Si en la entrevista inicial el interno no mostrase motivación para recibir tratamiento se le propone una intervención psicoeducativa sobre drogas, consumo, trastornos por consumo y problemas asociados, bien de forma personalizada o en grupo.
- La frecuencia de las revisiones se establece en función del número de pacientes y del proceso terapéutico de cada uno de ellos, espaciándose las citas según se avanza en dicho proceso, también dependerá del número de instancias recibidas por módulo.
- Las citas se estructuran, generalmente, en sesiones de 30 minutos (para poder atender a un mayor número de pacientes), desde las 9:45 (hora en la que ya han finalizado el desayuno) hasta las 13:15 (hora a la que aún se puede entrar en el comedor). Puntualmente estos horarios de atención pueden ampliarse con el consentimiento de los funcionarios del módulo. Igualmente, la duración de las intervenciones puede variar a criterio del terapeuta.
- En la medida de las necesidades detectadas, se fomenta la participación en actividades formativas y ocupacionales ofertadas por el centro, así como la participación en los diferentes destinos (trabajos remunerados o no) existentes en el centro penitenciario.
- Si existe demanda por parte del paciente o su familia (en este caso previo consentimiento del paciente) se establecen citas periódicas (mensualmente) con los familiares autorizados. En otros casos es el terapeuta quien propone las citas con los familiares, si se considera oportuno. El objetivo es el de abordar la problemática familiar asociada con el consumo de drogas.

2.- Protocolo de Apoyo Psicosocial a Internos en Tratamiento con Agonistas (Metadona).

Descripción: Las investigaciones muestran que los efectos positivos del tratamiento con metadona dependen en buena medida de la Atención Psicológica y Social y no sólo de la mera dispensación. La Circular 17/2005 sobre "Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias" señala la importancia de atender a las características del paciente y tipo de programa para orientar y llevar a cabo una intervención psicoeducativa más allá de la mera dispensación de metadona.

Este tipo de Programas se lleva a cabo en los centros penitenciarios por Equipos Multidisciplinares compuestos por profesionales de los Centros Provinciales de Drogodependencias (caso de Andalucía). Todos ellos, junto con los profesionales de los Centros Penitenciarios, intervienen a través del GAD para mejorar la atención a la población reclusa. Las actividades terapéuticas que llevan a cabo los diferentes Programas de Apoyo Psicosocial en los Centros Penitenciarios abordan objetivos en las siguientes áreas:

- Área Motivacional
- Área de Educación Para la Salud
- Área de Apoyo Psicológico
- Área de Consumo
- Área Formativo-Ocupacional
- Área de Prevención de Recaídas
- Área Social y Comunitaria
- Área de Ocio y Tiempo Libre

Método de Trabajo: El apoyo y la colaboración entre los distintos profesionales de los equipos Médicos y de los profesionales de los Equipos de Apoyo resulta fundamental para el óptimo funcionamiento del programa, manteniendo la responsabilidad de la prescripción y la dispensación de la metadona el Equipo Sanitario, según se recoge en la Circular 17/2005 sobre Programas de Intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias.

De forma resumida, este apoyo se enmarcaría en los siguientes aspectos: comunicación fluida entre los distintos profesionales acerca de los ingresos programados y que previamente hubieran sido comunicado desde los CTA, informando sobre dosis y otros aspectos del tratamiento. Recabar y contrastar la información solicitada de cuantos pacientes expresen a los responsables del GAD que se encuentran en PTM en algún C.T.A. Apoyar el funcionamiento de un sistema que permita al interno que sale al exterior, mantener su PTM mediante un documento que le garantice la continuidad del tratamiento cuando salga. En los casos de los pacientes que inician el PTM dentro de la prisión se propondrán aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse del programa, apoyando la gestión del ingreso, una vez analizada y estudiada la propuesta de incorporación. De forma general, hablaríamos de varias circunstancias que de forma específica se debe realizar desde los Servicios Sanitarios de las Prisiones:

- Garantizando que todo interno que ingresa en prisión y que ya había iniciado previamente PTM en un CTA o en otra prisión, se le mantiene el programa, una vez constatada la veracidad.
- Facilitando que todo interno en PTM que sale al exterior de la prisión, tiene garantizada su dosis del tratamiento, bien sea por conducción a otra prisión, por permisos, etc....
- Posibilitando las nuevas incorporaciones de internos desde la propia prisión al PTM e interrumpiendo con pautas de reducción y modificando dosis en los casos que así se acuerde.
- Facilitando con la mayor brevedad posible toda la información sobre los ingresos y bajas en el programa al objeto de que sean registrados dichas circunstancias en los sistemas de notificación.
- Garantizando el almacenamiento, preparación y dispensación de las dosis de metadona.

Indicadores de Evaluación: Proporcionados por el Sistema de Información del Pan Andaluz sobre drogas y adicciones (Sipasda).

Los profesionales de la Medicina de los Equipos de Apoyo a las Drogodependencias, al igual que los médicos de los Equipos Sanitarios de los Centros Penitenciarios, están facultados para la notificación, cambios de dosis, y cualquier incidencia que redunde en la aplicación del Protocolo, así como para la notificación de nuevos Protocolos de Metadona.

En Los Centros Penitenciarios, la dispensación de la dosis de metadona, a cargo del Equipo Sanitario de la prisión es generalmente diaria, no realizándose autorizaciones para la recogida de la dosis, ni se emiten listados semanales.

3.- Protocolo de Derivaciones de internos a Recursos de Internamiento externos.

Descripción: Con el objetivo de continuar un proceso de deshabitación ya iniciado en la prisión o en los recursos externos (Centros de Tratamiento Ambulatorio), se establecerán los procedimientos oportunos para que estos internos puedan ser derivados a dichos recursos.

Método de Trabajo: Una vez que en el GAD se realicen las gestiones oportunas para comprobar y autorizar la situación judicial del interno, al objeto de iniciar posteriormente la correspondiente tramitación para su derivación, aportándose la correspondiente información clínica del paciente que será adjuntada al protocolo de derivación, el Equipo del SPD procederá a la gestión del ingreso mediante el protocolo de derivación correspondiente. En todo momento se priorizará que a la salida con alta terapéutica del recurso al que se deriva al interno, este no deba volver a la prisión desde donde fue derivado. La tramitación del protocolo de CT/VAR/VAES se debe de hacer previo a la revisión de grado debido fundamentalmente a que la Junta en la revisión de grado debe poner a que CIS lo asigna en función de la CT adjudicada, esto es obligatorio, y además del tiempo de espera en lista hasta que se produzca el ingreso en el recurso, aportándose la correspondiente información clínica facilitado por la ASSDA.

- Las derivaciones de los pacientes a estos recursos se llevan a cabo con aquellos internos que mantienen un seguimiento prolongado con nuestro equipo y presentan una adecuado perfil, se ha detectado la necesidad de la derivación a este recurso, se encuentran condenados y con una clasificación en tercer grado art. 182.
- Las propuestas de ingresos en los recursos se realiza con el resto de los Técnicos de los GAD, partiendo de la valoración de la situación judicial y asistencial, procediéndose entonces a la progresión de grado art. 182, así como a la clasificación de grado que realiza la junta de tratamiento del centro penitenciario.
- Revisión de la historia clínica de estos pacientes y toma de acuerdos en reunión de equipo la información que se transmitirá al centro penitenciario, en caso de que consideremos pertinente el traslado de información sobre alguno de ellos y contemos con su consentimiento.
- En los casos en que finalmente se acuerde la derivación a CT: se abre un protocolo de derivación a este recurso; se solicitan las analíticas médicas a los servicios médicos; firmamos el expediente de Cumplimiento en Unidad Extrapenitenciaria (CUE) como equipo que se hará responsable del tratamiento del interno, para que desde el centro penitenciario puedan solicitar a la Dirección de IIPP la aprobación del tercer grado. El paciente firma aceptar las normas del recurso al que accede; se finaliza el protocolo al recibir las analíticas y ser enviado el mismo. Posteriormente el informe de situación del paciente, realizado por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía es remitido al Equipo, en el que se informa de que se incluye en lista para acceder a una plaza en una CT a la espera de recibir la clasificación definitiva en tercer grado; se entrega el informe de situación al equipo de observación y tratamiento del centro penitenciario para adjuntarlo al CUE; cuando recibimos la clasificación en tercer grado se envía a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía; y una vez informados de la disposición de plaza en la CT y la fecha de ingreso, se comunica al paciente y a los familiares (si el art. 182 especifica medios propios, los familiares se encargan del traslado al CIS correspondiente y posteriormente al recurso, en caso de poner medios habituales el traslado al CIS se realiza mediante conducción) y al CP, (Sbdtor. de Ttº para gestiona las órdenes pertinentes, así como al Equipo Técnico correspondiente) y al CP, estos contactan con la CT para acordar el responsable que recogerá al interno y la hora de la recogida, así mismo se actualiza el protocolo de derivación con aquella

información que hubiera podido variar durante el periodo de espera del paciente (tratamiento farmacológico, disponibilidad económica, apoyo familiar...).

- En otras ocasiones es el equipo de observación y tratamiento el que demanda la valoración del interno para su derivación a este recurso, pues se plantean la posibilidad de clasificarlo en tercer grado. En el caso de que se detecte adecuada motivación y la necesidad de ser derivado a este recurso se inician los pasos anteriormente comentados, en caso contrario se deriva a otro recurso que pudiera adecuarse mejor a las características del paciente.

Indicadores de evaluación: Proporcionados por el Sistema de Información del Pan Andaluz sobre drogas y adicciones (Sipasda)

4.- Protocolo de Elaboración y Emisión de Informes:

Para la elaboración y emisión de los informes correspondientes, se seguirá el mismo proceso que el descrito en el Manual de Procedimientos.

5.- Tratamientos de Desintoxicación y apoyo a la Deshabitación con psicofármacos:

Descripción: Se trata de una intervención médica cuya duración varía, atendiendo a la sintomatología del síndrome de abstinencia o del tratamiento que se pretenda instaurar, así como de los recursos disponibles.

Método de Trabajo: Los Servicios Médicos de II.PP. son los responsables de cualquier prescripción farmacológica que se efectúe dentro de las instalaciones, por lo tanto son éstos los que dispondrán de aquellas pautas de tratamiento oportunas en el caso de internos que ingresen con Síndrome de abstinencia. Los Equipos de Apoyo del S.P.D. asesorarán sobre las distintas posibilidades terapéuticas en los casos de desintoxicación y apoyarán el seguimiento clínico del proceso. En el caso de los tratamientos con antagonistas, tras estudio y valoración de los internos que se propongan en el GAD para iniciarlo o mantenerlo, se apoyará y colaborará con los servicios médicos en su posterior seguimiento.

Indicadores de evaluación: Nº de internos que se incorporan a dicho tratamiento.

6.- Protocolo de seguimiento de deshabitación desde la perspectiva del Módulo Terapéutico. (Aplicación exclusiva en C.P. Botafuego)

Descripción: La variedad "Módulo Terapéutico" se establece en centros con estructura modular que permite destinar al menos un módulo para albergar, de forma independiente del resto de la población reclusa, a los internos que están en el programa. Se proporciona al sujeto atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades en el módulo, evitando en todo momento el contacto con el resto de los reclusos. El Módulo Terapéutico es un recurso asistencial dentro del sistema penitenciario que viene recogido en el Reglamento Penitenciario (RD 190/1996) en el Preámbulo II, punto A y en el Título 7, capítulo III del artículo 168 a 172, donde se habla de unidades específicas de intervención y en la misma línea de unidades mixtas, en este caso para tratar el área de las drogodependencias.

Método de Trabajo: Cada módulo residencial en este Centro Penitenciario cuenta con un Equipo Técnico formado por las siguientes profesiones: jurista (abogado), psicólogo, educador y trabajador social. Además de un médico, dependiente de los servicios médicos de este centro.

Actualmente es un módulo mixto que contempla también la existencia de parejas dentro de éste. Es un espacio que permite aglutinar a los usuarios con problemática de drogas tratados por diferentes instituciones y tener un régimen de vida diferente a los demás módulos residenciales y con unos objetivos muy marcados como ir a una Comunidad Terapéutica (en

la gran mayoría), Vivienda de Apoyo a la Reinserción, Programas de Reinserción Laboral como Red de Artesanos, y derivaciones a Centro de Tratamiento de Adicciones en menor medida. y al resto a programas de incorporación sociolaboral o a centros ambulatorios a nivel extrapenitenciario.

Constituyen un abanico de actuaciones encaminadas a garantizar la asistencia a los usuarios en lo referente a desintoxicación de sustancias (PTM y ttº farmacológicos puestos por los servicios médicos), deshabituación y tratamientos sustitutivos en un entorno más controlado, lo cual implica: Intervenciones terapéuticas a nivel individual y grupal (grupos de terapia de HHSS y Relajación Creativa, grupo de despedida, talleres de valores, grupo de tabaco). Propuestas mensuales de usuarios para art. 182 u otro tipo de Tercer Grado. Sistemas de coordinación con el Equipo de Tratamiento del MT.

Actualmente, puede acceder cualquier usuario con adicciones preferentemente a sustancias (y como secundaria otra adicción sin sustancia como ludopatía) que tras recoger su demanda es propuesto al ET del MT para que sea valorada, siempre que su delito no sea de violencia de género y/o sexual, siendo los Son los Equipos Técnicos de los diferentes módulos quienes deciden la salida y el tipo de salida del mismo.

En la actualidad se ha establecido un itinerario (solo para hombres) para acceder al MT que precisa pasar primero por dos módulos durante mes y medio en cada uno de ellos y con unos objetivos marcados a cumplir, un módulo normal de penados y posteriormente un módulo de respeto como pasos previos a la entrada en el MT.

Los responsables del MT son:

El EAIP de Algeciras, básicamente a través de la figura del psicólogo realiza el seguimiento de los usuarios de este Equipo, realizando para ello diversas actividades: Terapia de grupo semanal de HHSS y Relajación Creativa, de tabaco para dejar de fumar (cuando hay constituido un grupo), de despedida (previo al ingreso en CT o salida a CT).

Talleres de Valores: videoforum. Terapia individual con citas con una periodicidad de mes y medio. Propuestas de salidas programadas (visitas terapéuticas, como a las CCTT de Tarifa, La Línea, Mijas, Manantial y Girasol hasta la fecha) y de listado de nuestros usuarios para realizar éstas y otras de ocio (salidas al campo, playa,..) y culturales. Propuestas art. 182, Gestión protocolo de CT., Altas Terapéuticas en PTM, etc.

Indicadores de evaluación: Nº de internos que se inician y finalizan, según causa, en módulos terapéuticos.