Catálogo de Servicios

UNIDAD DE DROGAS Y ADICCIONES

Gerencia Provincial

Instituto Provincial de
Bienestar Social
Diputación de Córdoba

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Igualdad y Bienestar Social
Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA
Delegación de Servicios Sociales
Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba

0. INDICE

1.-Introducción.

2.-Área de atención a la persona.

2.1. Atención por problemas con opiáceos
2.2. Atención por problemas con alcohol
2.3. Atención por problemas con cánnabis
2.4. Atención por problemas con tabaco
2.5. Atención por problemas con cocaína y otros estimulantes
2.6. Atención por problemas con otras drogas
2.7. Atención por problemas con conductas adictivas
2.8. Programa de atención a las drogodependencias y adicciones en la institución penitenciaria de Córdoba
2.9. Programa de atención a pacientes ingresados en hospital
2.10. Programa de reducción de daños
2.11. Programa de incorporación social

3.-Área de atención a la familia.

4.-Área de atención a menores.

4.1. Programa de atención a jóvenes
4.2. Proceso de atención integral al menor con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas en situación de desprotección o con medidas judiciales

5.-Área de atención a la comunidad.

5.1. A nivel de prevención
5.2. A nivel de atención a colectivos de riesgo
5.3. A nivel de difusión del conocimiento
5.4. A nivel de imagen

6.-Dispositivos de apoyo.

6.1. Programa de determinación de drogas de abuso en orina
6.2. Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH)
6.3. Comunidades terapéuticas (CT)
6.4. Viviendas de apoyo al tratamiento (VAT)
6.5. Viviendas de apoyo a la reinserción (VAR)
6.6. Centros de día (CD)
6.7. Centros de encuentro y acogida
6.8. Programa de intervención jurídica (enlace)

7.-Servicio de coordinación.

7.1. Niveles de Coordinación
7.2. Instrumentos de coordinación

1. INTRODUCCION

El Instituto Provincial de Bienestar Social de diputación de Córdoba a través de la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD, hace efectivo, en función de las competencias que en materia de drogodependencias y adicciones tiene transferidas, el derecho de los ciudadanos de la provincia de Córdoba a recibir la atención sociosanitaria necesaria ante un problema relacionado con el consumo de drogas o de conductas adictivas presente, tanto en el, en su familia como en la comunidad.

Para ello, se ha dotado de unos servicios asistenciales, de prevención, de incorporación social y de formación e investigación que aseguran los principios de universalización, de equidad y de responsabilidad en la gestión, con el objeto de mejorar la calidad de las prestaciones en base a una utilización eficaz y eficiente de los recursos.

La presente cartera de servicios de la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD, pretende facilitar a los usuarios, las familias y la comunidad la información necesaria sobre programas, recursos y procedimientos; así como la posibilidad de participar de forma activa en la mejorar de los mismos; siendo su objetivo el conseguir la mejora de la prestación de servicios que la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD tiene encomendada.

Como resultado de lo anterior, el Instituto Provincial de Bienestar Social a través de la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD adoptará todas las medidas necesarias encaminadas a desarrollar y cumplir la presente cartera de servicios que les ofrecen a los ciudadanos.

2. AREA DE ATENCION A LA PERSONA

TIPOS DE PROGRAMAS (SEGÚN TIPO DE ADICCION):

2.1 OPIÁCEOS.

2.1.1. Programa de Desintoxicación Rápida.

a) Definición.

Tratamiento farmacológico y de carácter ambulatorio, destinado a acortar la duración del Síndrome de Abstinencia de Opiáceos (S.A.O.), mediante la administración de antagonistas (Naltrexona) desde el primer día de tratamiento y de este modo incrementar el número de pacientes que consiguen incorporarse a un programa de prevención de recaídas con antagonistas sin tener que esperar el clásico período de tiempo (5 - 6 días) libre de opiáceos para iniciar dicho programa.

b) Objetivos.

- Disminuir el nº de días del S.A.O. de 8-10 días, a 3-4 días.
- Incorporar el antagonista opiáceo (Naltrexona) desde el primer día, y no a partir del 5º-6º día libre de opiáceos.
- Incrementar el nº de desintoxicaciones concluidas.
- Incrementar y facilitar a un mayor numero de pacientes, la incorporación a programas con antagonistas.

c) Población diana.

- Pacientes con diagnóstico de dependencia a opiáceos según criterios DSM-IV o CIE-10, con consumos activos, que desean llevar a cabo una desintoxicación y posterior programa de prevención de recaídas con antagonistas, que firmen consentimiento informado y que no presenten criterios de exclusión.
- Pacientes que deseen llevar a cabo una desintoxicación de su dependencia a opiáceos, aunque no vayan a continuar en programa con antagonistas pero se vayan a incorporar a cualquier otro programa de deshabituación.

d) Criterios de inclusión.

- Dependencias leves-moderadas, consumidores de heroína < 1 gr/día, consumidores o tratamientos con metadona < 40 mgrs/día.
- Fracasos repetidos con las pautas clásicas de desintoxicación.
- Adecuada motivación para llevar a cabo este tipo de tratamiento.
- Tener apoyo familiar.

e) Criterios de exclusión

- La no dependencia de opiáceos o bien aquellas dependencias cuya sustancia principal no sean los opiáceos.
- Enfermedad orgánica aguda grave (cardiopatía grave, hipotensiones severas, EPOC grave, insuficiencia respiratoria, renal o hepática

descompensada).
- Hepatopatías con elevaciones de bilirrubina dos veces su valor normal, tiempo de Protrombina < 70% y/o enzimas hepáticas > 300 UI.
- Patología psiquiátrica estructurada (psicosis agudas, trastornos graves del humor, ideación suicida, etc.).
- Embarazo y lactancia.
- Menores de 18 años salvo excepciones (madurez física y psíquica y autorización paterna o tutor).

f) Actuaciones.

Tras evaluación y diagnostico se plantea la propuesta terapéutica por parte del médico del equipo, el cual es el responsable de dirigir y ejecutar el proceso junto con enfermería.

Se informar al paciente y la familia de la técnica, lo que significa la desintoxicación y la necesidad de continuar la deshabituación.

Una vez informado el paciente y familia, y aceptado este tratamiento, se le dan pautas hasta el momento del inicio del mismo.

Pautas y recomendaciones:
- Ir reduciendo consumos si es posible.
- No consumir como mínimo las 24 horas previas al inicio del tratamiento.
- Se le premedica con clonidina y benzodiacepina 1-2 días previos para facilitar la abstinencia de las 24 horas.
- Acudir en ayunas y acompañado de un familiar.

El tratamiento dura 3 días, procediéndose el primer día a la recogida de información y tomas de constantes vitales y evaluación de S.A.O.; a continuación se administra clonidina, benzodiacepinas y analgésicos, y según sintomatología: antieméticos, antidiarreicos, espasmolíticos, etc.
Esperamos una hora y volvemos a medir S.A.O. y constantes vitales y administramos primera dosis de Naltrexona (1-10 mgr.). Esperamos otra hora y volvemos a valorar, y en función de los resultados damos a la familia medicación para almuerzo, cena y desayuno del día siguiente y citamos para el segundo día. Valoramos S.A.O. y constantes vitales y administramos de nuevo Naltrexona (8-15 mgr.) y repetimos el proceso del día anterior, citando para el tercer día para valorar S.A.O., constantes vitales, y administrar Naltrexona (20-50 mgr.), procediendo al alta del Programa de Desintoxicación Rápida y damos cita para continuar el programa de prevención de recaídas.

g) Instrumentos y manual de procedimientos.

"Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por

consumo de opiáceos de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.1.2. Programa de Desintoxicación Domiciliaria.

a) Definición.

En el tratamiento de la adicción a opiáceos, es una de las posibles modalidades terapéuticas para abordar la desintoxicación e iniciar cualquier otro programa orientado a la abstinencia, caracterizándose esta técnica por que se produce en el domicilio del paciente bajo la dirección del médico del centro y el apoyo de la familia.

b) Objetivos.

Los objetivos que se pretenden conseguir en esta fase son:

- Restaurar en el organismo del individuo la capacidad de mantener su equilibrio funcional sin la presencia del tóxico.
- Motivar para un posterior tratamiento orientado a la abstinencia.

c) Población diana.

Usuarios con un consumo de opiáceos activo y que solicitan iniciar un proceso de tratamiento orientado a la abstinencia, disponiendo para ello de apoyo familiar.

d) Criterios de inclusión.

Nivel de motivación y apoyo sociofamiliar susceptibles de permitir una desintoxicación en el domicilio del paciente.

La elección de esta modalidad por parte del médico del equipo, estará en función igualmente de la valoración de los años de consumo, nivel del mismo, tratamientos anteriores realizados y patologías asociadas.

Tanto el paciente como su familia deberán aceptar las condiciones expresadas en el Consentimiento Informado sobre la Desintoxicación Domiciliaria.

e) Criterios de exclusión.

- El estado de salud del paciente.
- Falta de apoyo familiar.

f) Actuaciones.

Tras valoración por parte del médico del equipo, el cual será el responsable de dirigir y ejecutar dichas tareas, éste podrá optar por las diversas pautas para realizar un tratamiento sintomático del S.A.O., según las necesidades detectadas.

Se informará de todos y cada uno de los puntos contemplados en el Consentimiento Informado, los cuales deberán ser comprendidos y aceptados tanto por el paciente como por sus familiares.

Es importante informar al médico de cabecera del proceso que pretende iniciar, al objeto de que éste conozca la situación, expida las recetas y valore la posibilidad de cursar una Baja Laboral Transitoria en el caso de que se encuentre trabajando.

Se efectuará un seguimiento del caso, durante el tiempo que dure la desintoxicación (de 10 a 15 días), al objeto de conocer la evolución y ajustar dosis.

Tras finalizar la desintoxicación se realizará un control de orina para valorar objetivamente la abstinencia.

g) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.1.3. Programa de Tratamiento con Agonistas (Metadona).

a) Definición.

La metadona es un medicamento (opiáceo sintético), controlado por las autoridades sanitarias y de distribución restringida, cuya principal característica es que suprime la apetencia por la heroína y evita la aparición del S.A.O., suministrándose a los adictos dosis diarias equivalentes a su consumo de heroína, con el fin de retirarlo progresivamente de la heroína ilegal. Todo programa de tratamiento con metadona se acompaña, para obtener una mayor eficacia y mejores resultados, de psicoterapia y supervisión médica.

En Andalucía, los CTA son los responsables de la prescripción y supervisión clínica de los pacientes y el Servicio Andaluz de Salud, a través de sus Distritos y Centros de Atención Primaria, se responsabiliza de la preparación, transporte y dispensación de la sustancia.

b) Objetivos.

Tiene como objetivo general reducir y/o suprimir el consumo de heroína y otros opiáceos, mejorando la calidad de vida de la población atendida.

Y como específicos:

- Prevenir la aparición de nuevos casos de contagio por el VIH en la población drogodependiente.
- Disminuir la morbimortalidad y conflictividad social y familiar del enfermo drogodependiente, facilitando la posible incorporación social.
- Aumentar la retención de los pacientes en relación al tiempo de permanencia en los centros.
- Captar nuevos pacientes, que por sus características psicosociales no acceden a los servicios de salud normalizados.

c) Población diana.

Drogodependientes a opiáceos en general que manifiesten deseos de participar en el tratamiento.

d) Criterios de inclusión.

Como norma general se aplicarán los criterios contenidos en el Real Decreto 75/90, modificado por el Real Decreto 5/96 por el que se regulan los tratamientos con opiáceos (y desarrollado a nivel de la Comunidad Autónoma Andaluza por el Decreto 162/90) según el cual el único requisito de inclusión en el programa que se exige, es el diagnóstico "confirmado" de dependencia a opiáceos.

Este diagnóstico se realizará mediante los criterios diagnósticos del DSM-IV/CIE-10, valoración del S.A.O., urinotest, examen físico y el contraste de la información obtenida.

e) Criterios de exclusión.

No cumplir el requisito contemplado en la normativa que rige los criterios de inclusión.

f) Actuaciones.

- Admisión inicial: Tras la entrevista personal y las exploraciones correspondientes tanto físicas como mentales, se informará detalladamente sobre el tratamiento a llevar a cabo, efectos y consecuencias del mismo, tanto al paciente como a la familia, para ello utilizaremos el Consentimiento Informado que se recoge en el anexo.
- Inducción del tratamiento: El médico del CTA será el encargado de determinar la dosis inicial adecuada de metadona hasta alcanzar la dosis terapéutica, lo que se reflejará en el Protocolo de Inclusión en el PTM, junto con el resto de la información solicitada en el mismo, así como los resultados de las analíticas.
- Incorporación al PTM: Se remitirá el Protocolo de Inclusión al Centro de Dispensación correspondiente, según se establezca en cada provincia, acordándose con el paciente la fecha de inicio y el lugar de recogida de la dosis correspondiente y la periodicidad de la misma.
- Mantenimiento en el PTM: En esta fase, bien sea por el médico o por

el terapeuta de referencia, se realizarán las funciones de: ajuste y cambios en las dosis y formas de recogida, se completará el diagnóstico del paciente y se notificará de cada una de las incidencias acaecidas en el programa.

- Otras consideraciones prácticas: Cada CTA dispondrá un sistema organizado para dar respuesta a los siguientes apartados:
    - Sistema de organización y registro de datos.
    - Sistema de comunicación y coordinación con los centros dispensadores y otros recursos implicados.
    - Sistema de incorporación rápida al programa para pacientes especiales (prisión, transeúntes y patologías muy graves).
    - Establecimientos de las distintas pautas de dispensación en consonancia con los perfiles de los usuarios, sistemas de desintoxicación post PTM, sistemas de autorización de recogida de las dosis de metadona y de detección de drogas en orina.

g) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.1.4. Programa de Tratamiento con Antagonistas (Naltrexona).

a) Definición.

La Naltrexona es un fármaco antagonista de los receptores opioides, cuyo efecto principal consistiría en bloquear estos receptores, con lo que la administración de un opiáceo, no iría acompañada de su efecto sobre el SNC, anulando así el refuerzo positivo. Su larga vida media y la posibilidad de ser usada por vía oral, justifica su utilización en el proceso de deshabituación de heroinómanos.

b) Objetivos.

Prevenir las recaídas de los drogodependientes a opiáceos, facilitándoles dentro del proceso de normalización, la deshabituación e incorporación social.

c) Población diana.

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.

d) Criterios de inclusión.

Las condiciones para poder iniciar el programa son:

- Demostrar estar "libre de opiáceos", mediante detección urinaria.(Período mínimo según droga Heroína 4 - 5 días, Metadona 15 días, Codeína 7 - 10 días, Dextropropoxifeno 7 - 10 días, Buprenorfina 7 - 10 días).
- Sería conveniente tener apoyo familiar.
- Ser mayor de edad.

e) Criterios de exclusión.

- Embarazos.
- 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).

Se sugiere la interrupción del tratamiento en los siguientes casos:

- Aumento de los niveles de transaminasas en sangre en 3-4 veces los valores normales estándar.
- Aparición de efectos secundarios importantes.

f) Actuaciones.

1.- Información sobre el programa: Independientemente de que el usuario debe asumir un papel activo y responsable en su tratamiento, cuando utilizamos fármacos como los que se proponen, se recomienda que un familiar o acompañante del paciente, asuma la corresponsabilidad del tratamiento propuesto.

Es muy importante informar al médico de cabecera al inicio del tratamiento de cada usuario, para lo cual se le indicará la prescripción farmacológica propuesta, su duración y de la necesidad de estudios analíticos que vamos a necesitar en el futuro, creando de esta forma una vía de comunicación entre el médico de cabecera y el centro de drogodependencias.

En el Tratamiento con Naltrexona, el paciente y el familiar o acompañante, deberán firmar un Consentimiento Informado, una vez que se le ha explicado con detenimiento todo lo referente al tratamiento y posteriormente entregar la Tarjeta Informativa donde se incluye el número del Centro Nacional de Toxicología y la inscripción de las particularidades del tratamiento con esta sustancia.

2.- Fase de Inducción: Modalidades de realización de la inducción:

Con Test de Naloxona.

Antes de la primera toma, se deberá realizar el test de naloxona (0,8 mg. subcutánea) para comprobar la abstinencia previa; si fuera positivo (presencia de síntomas de SAO), se repetiría 24 horas después, como mínimo; si fuera negativo, se podría iniciar la toma de naltrexona.

Si el test es negativo, se administrarán 25 mg. de naltrexona, esperándose una hora para verificar alguna reacción, administrándose los otros 25 mg. en caso de no producirse ésta a las 24 horas.

Inducción Gradual.
Pautas orientativas de inducción lenta:
Día 1º: 12,5 mg.
Día 2º: 12,5 mg.
Día 3º: 25,0 mg.
A partir del 4º día iniciar pautas estándar que se indican a continuación.
Pauta A:
50 mg. diarios.
Pauta B:
100 mg. los lunes y los miércoles.
150 mg. los viernes.

3.- Fase de Seguimiento: Se recomienda que la duración del tratamiento sea entre 3 y 12 meses. Recomendaremos además, en las mujeres evitar el embarazo, sugiriendo métodos anticonceptivos apropiados, realización de controles analíticos periódicos a los usuarios y retirar el producto de forma gradual y con el consenso del paciente.

g) Indicadores de evaluación.
- Número de pacientes que inician el programa anualmente.
- Tasa de altas terapéuticas en el programa (Nº de altas terapéuticas / total de altas que se producen en el año).
- Número de pacientes que se mantienen en programa de tratamiento al final del período anual.

h) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.1.5. Programa de intervención psicosocial.

a) Definición.

La intervención psicosocial trata de abordar en el usuario todos aquellos aspectos relacionados con la dependencia psicológica (en aquellos casos en que ha habido una previa desintoxicación de la sustancia), su

desarrollo personal, habilidades y relaciones sociales, ocupación del tiempo libre, formación y capacitación laboral, integración y normalización en su comunidad, etc. Se interviene tanto con los usuarios como con la familia así como con otras instituciones coordinando la gestión de aquellos recursos sociosanitarios necesarios para la rehabilitación e incorporación social.

b) Objetivos.

- Evaluar tanto la conducta adictiva como de aquellos aspectos que la rodean: examen del estado mental del usuario y de su personalidad, desarrollo personal, relaciones sociofamiliares, nivel de formación…
- Motivar hacia el cambio de actitudes, hábitos, creencias, valores.
- Dotar de estrategias y habilidades de afrontamiento para el cambio de comportamiento que le permita establecer relaciones positivas y adecuadas con su medio social.
- Intervenir sobre el sistema familiar normalizando la convivencia.
- Potenciar la formación y capacitación laboral, así como el entrenamiento en habilidades sociales para la búsqueda de empleo.
- Construir o recuperar la faceta de ocio, tiempo libre y cultura.
- Intervenir en la persistencia de consumos paralelos de otras sustancias (sobre todo en usuarios en PTM) y desarrollar conductas alternativas a estos consumos.
- Enseñar estrategias de prevención de recaídas.
- Coordinar la gestión de recursos de apoyo al tratamiento y sociales.
- Informar y asesorar sobre circunstancias jurídicas, penales y/o administrativas.

c) Población diana.

- Aquellos usuarios que se han sometido a un programa de desintoxicación de la sustancia y desean mantener la abstinencia.
- Aquellos usuarios que han sido incluidos en PTM.
- Aquellos usuarios que desean mantener la abstinencia apoyados con fármacos antagonistas.

d) Criterios de inclusión.

- Haber realizado un programa de desintoxicación con éxito o estar en PTM o con antagonistas, con pautas estabilizadas.
- Estar en seguimiento en el CTA de referencia.

e) Criterios de exclusión.

- Padecer patología psiquiátrica grave, para la realización de terapias grupales o individuales, que le impida beneficiarse de ellas; aunque sí se actuará para proporcionar o gestionar el recurso que mejor se adapte a sus necesidades.
- Presentar circunstancias personales o sociofamiliares que le impidan realizar la deshabituación a nivel ambulatorio.

f) Actuaciones.

- Realizar exploración completa de las características personales,

sociales y familiares del usuario mediante la utilización de pruebas y entrevistas con el afectado, familiares y personas implicadas en el tratamiento.

- A través de terapias individuales, grupales o familiares trabajar los siguientes aspectos:
    - Entrenamiento en el control de la ansiedad y la depresión: Reducción de pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas y obsesiones (sobre todo con pacientes en PTM), relajación, detención de pensamiento, autoinstrucciones.
    - Aumento de la capacidad de autocontrol y análisis (reducción de la impulsividad), mejora de la autoestima.
    - Fomento del desarrollo de aptitudes básicas como la memoria, atención, concentración, etc., así como desarrollo de habilidades para la resolución de problemas.
    - Entrenamiento específico en técnicas de prevención de recaídas: discriminación de situaciones de riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, control de consecuencias del consumo y superación de su efecto.
    - Entrenamiento en habilidades sociales: adquisición de comportamientos asertivos (aprender a decir no), inicio y mantenimiento de conversaciones, expresión de opiniones y emociones, entrenamiento para entrevistas de trabajo.
    - Entrenamiento en una adecuada estructuración del tiempo libre: orientación y dirección de horarios, planificación y distribución de actividades, implicación del entorno más inmediato para ayudarle a la organización de ocupaciones, reconocimiento y puesta en marcha de actividades gratificantes alternativas al consumo.
    - Implicación de la familia en el tratamiento: explicar la importancia en la rehabilitación del apoyo familiar, redefinición de roles y funciones dentro de la familia, refuerzo de la jerarquía dentro del sistema familiar, planteamiento de disfunciones familiares que pudieran estar eclipsadas por la conducta adictiva.
- Seguimiento e intervención en trastornos duales y derivación en su caso a Salud Mental a través de interconsultas y protocolos correspondientes.
- Entrenamiento en una correcta y activa búsqueda de empleo, utilizando los recursos disponibles: cursos de FPO, formación reglada, programas específicos de capacitación laboral, etc.
- Intervención en asuntos judiciales: delitos, menores, situaciones de separación y custodia de hijos, etc.
- Derivación a otros dispositivos: motivando e informando al usuario, en los casos que proceda, de la necesidad de la utilización de dispositivos como Comunidades Terapéuticas, Viviendas de Apoyo a la Reinserción, Centros de Día, etc.

g) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de opiáceos de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.2. ALCOHOL.

2.2.1. Programa de Desintoxicación Domiciliaria.

a) Definición.

Cualquier tratamiento del alcoholismo pasa inicialmente por el abordaje del síndrome de abstinencia. Tratar a un alcohólico implica la inmediata y total supresión del alcohol, por ello dispone de la posibilidad de iniciar un tratamiento de la adicción al alcohol mediante la desintoxicación domiciliaria, caracterizándose esta técnica por que se produce en el domicilio del paciente bajo la dirección del médico del centro y el apoyo de la familia.

b) Objetivos.

Los objetivos de la desintoxicación son:

- evitar/superar el síndrome de abstinencia.
- detectar e intervenir en la patología aguda eventual
- motivar al paciente hacia la recuperación integral

c) Población Diana.

Usuarios con una dependencia al alcohol activa, que voluntariamente deseen someterse a dejar el consumo y dispongan de apoyo familiar.

d) Criterios de inclusión.

El tratamiento preventivo de la abstinencia alcohólica se llevará a cabo en el domicilio del paciente, tras haberse realizado una valoración médica global (exploración clínica, analíticas y datos de anamnesis), así como las expectativas del posible cuadro de deprivación antes de instaurar el tratamiento oportuno.

Tanto el paciente como su familia deberán aceptar las condiciones del consentimiento informado, por lo que deberá valorarse la conciencia de enfermedad y la motivación para deshabituarse de forma definitiva.

e) Criterios de exclusión.

Independientemente de la no aceptación de las condiciones del consentimiento informado, se tendrán en cuenta las siguientes circunstancias para la inclusión del paciente en una desintoxicación domiciliaria:

- Antecedentes de cuadros de abstinencia severos, sobre todo si se ha presentado con delirium tremens.
- Reagudización o descompensación de enfermedades físicas/psíquicas relacionadas o no con el consumo de alcohol.
- Antecedentes de crisis epilépticas por deprivación alcohólica, trastornos depresivos o riesgo de suicidio.
- Consumo múltiple de sustancias.

f) Actuaciones.

Tras valoración por parte del médico del equipo, el cual será el responsable de dirigir y ejecutar dichas tareas, éste podrá optar por las diversas pautas para realizar un tratamiento sintomático del S.A.A., según las necesidades detectadas. Es muy importante la valoración objetiva del síndrome de abstinencia.

Se informará de todos y cada uno de los puntos contemplados en el Consentimiento Informado, los cuales deberán ser comprendidos y aceptados tanto por el paciente como por sus familiares.
Se prescribirán aquellas sustancias que se consideren, utilizando para ello las recetas oficiales del CTA. Este tratamiento lo deberemos basar en la administración de fármacos tranquilizantes, nootrópicos, vitaminoterapia y eventual reestablecimiento hidroelectrolítico.

Es importante informar al médico de cabecera del proceso que pretende iniciar, al objeto de que éste conozca la situación, pueda extender las recetas y valore la posibilidad de cursar una Baja Laboral Transitoria en el caso de que se encuentre trabajando.

Se efectuará un seguimiento del caso, durante el tiempo que dure la desintoxicación (de 10 a 15 días), al objeto de conocer la evolución y ajustar dosis.

g) Instrumentos y manual de procedimientos

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.2.2. Programa de Tratamiento Anticraving (Naltrexona y Acamprosato).

a) Definición.

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.

Así pues, tanto la naltrexona como el acamprosato, son fármacos, que por su vinculación a la disminución del deseo, la reducción en el consumo y la intensidad y la cantidad de las recaídas, justifican su utilización.

b) Objetivos.

Prevenir y disminuir la intensidad y el número de recaídas en pacientes con dependencia alcohólica, facilitándoles la deshabituación del alcohol.

c) Población diana.

Pacientes con dependencia alcohólica, que voluntariamente acepten la indicación del tratamiento, recomendándose su uso durante las recaídas.

d) Criterios de inclusión.

Las condiciones para poder iniciar el programa son, en el caso de la Naltrexona, cerciorarse de estar "libre de opiáceos" y en ambos casos, sería conveniente que el paciente dispusiera de apoyo familiar.

e) Criterios de exclusión.

- Embarazos o mujeres en período de lactancia.
- Alteraciones graves del funcionalismo renal o hepático.(Niveles de transaminasas en sangre superiores a 200, pero siempre a valorar por el médico.
- Elevación de los niveles de bilirrubina en una cifra 2 veces superior a lo normal.

Se sugiere la interrupción del tratamiento en los siguientes casos:

- -Aumento de los niveles de transaminasas en sangre en 3-4 veces los valores normales estándar.
- -Aparición de efectos secundarios importantes.

f) Actuaciones.

1.- Información sobre el programa: Independientemente de que el usuario debe asumir un papel activo y responsable en su tratamiento, cuando utilizamos fármacos como los que se proponen, se recomienda que un familiar o acompañante del paciente, asuma la corresponsabilidad del tratamiento propuesto.

Es muy importante informar al médico de cabecera al inicio del tratamiento de cada usuario, para lo cual se le indicará la prescripción farmacológica propuesta, su duración y de la necesidad de estudios analíticos que vamos a necesitar en el futuro, creando de esta forma una vía de comunicación entre el médico de cabecera y el centro de drogodependencias.

En el Tratamiento con Naltrexona, el paciente y el familiar o acompañante, deberán firmar un Consentimiento Informado, una vez que se le ha explicado con detenimiento todo lo referente al tratamiento y posteriormente entregar la Tarjeta Informativa donde se incluye el número del Centro Nacional de Toxicología y la inscripción de las particularidades del tratamiento con esta sustancia.

2.- Fase de tratamiento:

Con Naltrexona: la pauta única es de 50 mgr. diarios.

Con Acamprosato: Se recomienda el inicio tras concluir la desintoxicación, y la dosis día se ajusta al peso del paciente (menos de 60 Kg. 4 comprimidos día, más de 60 Kg. 6 comprimidos día).

A tener en cuenta:

No se ha demostrado interacciones con disulfiram, diazepam e imipramina.

Puede ser asociado al tratamiento con Naltrexona, interdictores, o ISRS.

Se sugiere la interrupción tras la aparición de diarrea importante o efectos tales como prurito, dolor abdominal, nauseas, vómitos, etc.

3.- Fase de seguimiento: La duración del tratamiento será variable. Recomendaremos además, en las mujeres evitar el embarazo (con Naltrexona), sugiriendo métodos anticonceptivos apropiados, realización de controles analíticos periódicos a los usuarios y retirar el producto de forma gradual y con el consenso del paciente.

g) Instrumentos y manual de procedimientos

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.2.3. Programa de Tratamiento con Disuasores del Alcohol.

a) Definición.

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 Acetaldehidodeshidrogenasa (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, hipertensión 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.

Estos fármacos, en el contexto de una intervención integral, facilitan el proceso de deshabituación alcohólica.

b) Objetivos.

Prevenir las recaídas en el consumo de bebidas alcohólicas, facilitando la deshabituación e incorporación social.

c) Población diana.

Pacientes con problemas derivados del consumo de alcohol y que voluntariamente acepten la indicación de tratamiento. El perfil idóneo es el del paciente que previo consentimiento informado se siente incapaz o se percibe como ineficaz para afrontar la abstinencia alcohólica.

d) Criterios de inclusión.

Pacientes con problemas derivados del consumo de alcohol, que llevan al menos 24 horas de abstinencia.

e) Criterios de exclusión.

ABSOLUTOS	RELATIVOS
Embarazo	Antecedentes de Psicosis o Epilepsia
Cardiopatía Isquémica Aguda	Mayor de 60 años
Insuficiencia renal	Toma de otros medicamentos (Difenilhidantoína, Walfarina, Sulfonilureas, Haloperidol, IMAO)
Insuficiencia hepática severa	En tratamiento con: Metronidazol, Barbitúricos, Isoniazida, Rifampicina, Antihistamínicos, Antidepresivos Tricíclicos, Alfa y Beta Bloqueantes, Clordiacepóxido y Diazepam
Desconocimiento por parte del enfermo	

f) Actuaciones.

Tras la firma del Consentimiento Informado, se explicará claramente el mecanismo de actuación y el RDE, así como el tiempo de acción, haciendo referencia a las posibles reacciones con todo lo que contenga alcohol etílico (alcohol, comidas, vinagres, jarabes, cervezas “sin”, lociones, etc.).

A continuación definir y acordar cómo y quién lo va administrar.

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

Utilización de DISULFIRAM	Utilización de CIANAMIDA
* Disuasor de elección.	* El efecto se inicia a la hora, pero menos prolongado. Al menos 2 tomas/día.
* Dosis de 250 mg/día (1 Cpr./24 horas)	* 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).
* Preferible por la noche para evitar el mareo y somnolencia al inicio del tratamiento.	* Menos proclive a efectos secundarios.
* Al principio prohibir el trabajo en altura y con maquinaria peligrosa.	* RDE menos intensa.
* Efecto terapéutico desde las 12 horas hasta 3 días posteriores a su interrupción.	

La RDE grave se puede tratar con antihistamínicos orales o I.V., y en casos más graves con corticoides.

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 RDE.

g) Instrumentos y manual de procedimientos

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.2.4. Programa de intervención psicosocial.

a) Definición.

Se trata de diagnosticar y tratar el síndrome de dependencia al alcohol, pretendiendo la extinción de la conducta dependiente y la adquisición de nuevas habilidades para afrontar una vida sin alcohol, a través de distintas técnicas y de terapias individuales y/o grupales. Se interviene tanto con el usuario como con los familiares.

b) Objetivos.

- Diagnosticar y analizar la conducta adictiva (secuencia conductual, situaciones de riesgo, consecuencias, etc.), así como el estado

psíquico del usuario o secuelas, su situación psicosocial, su motivación, tipo de gravedad y duración del alcoholismo, biografía, estructura de la personalidad y situación familiar.
- Motivar al usuario y a su familia a la aceptación de su diagnóstico, identificando al sujeto como enfermo alcohólico y desculpabilizándolo.
- Reorganizar aspectos de la personalidad del usuario, cognitivos, de estilo de vida, aumentar su autoestima, adquisición de habilidades sociales, etc. responsabilizándolo de su tratamiento.
- Manejo de codependencias.
- Prevención de recaídas.
- Reestructurar el sistema familiar y los vínculos sociales, laborales, etc. dirigido hacia la plena reinserción de los usuarios.

c) Población diana.
- Usuarios con dependencia al alcohol, que han pasado por la desintoxicación y desean mantener la abstinencia.
- Grupos de jóvenes, o adultos, con pautas de consumo de riesgo diferentes al alcoholismo tradicional (sólo en algunos CTA).

d) Criterios de inclusión.

Abstinencia respecto al consumo de alcohol.

e) Criterios de exclusión.

Durante las terapias de grupo, no respetar las normas internas: la sinceridad y el secreto.

f) Actuaciones:

Nivel individual:

La intervención se centra en: establecimiento del diagnóstico y la evaluación a través de entrevistas y diversas técnicas diagnósticas, establecimiento de los objetivos terapéuticos y forma de alcanzarlos, adquisición de determinadas habilidades como son:
- De enfrentamiento al deseo de consumo: valoración de consecuencias, entrenamiento en conductas asertivas, relajación, parada del pensamiento, autoinstrucciones, autorrefuerzo.
- Estrategias alternativas: Habilidades sociales y utilización del ocio.

Nivel Grupal:

Se interviene a través de los grupos de discusión en los que participan usuarios, familiares y terapeutas. Existen dos modalidades de grupos:

- Grupo inicial o de acogida: está dirigido bien por un terapeuta profesional o bien por un alcohólico rehabilitado o un familiar, debidamente preparado actuando a modo de agente. Se trata de atender la demanda inicial, confrontar e intercambiar experiencias, disculpabilización propia y de terceros, contemplar posibilidades y necesidades de cambio. Con todo ello se pretende asumir el síndrome de

dependencia como enfermedad, tanto por parte del enfermo como de los familiares, cambio de hábitos y conductas perjudiciales, refuerzo y motivación para mantener la abstinencia, solución y asesoramiento de problemas.

- Grupo de terapia: está conducido por el terapeuta profesional; los usuarios pueden dialogar libremente entre sí y el equipo técnico cumple una función principalmente moderadora, interviniendo para aclarar conceptos, plantear una cuestión de interés, etc. Se trata de identificar situaciones de riesgo, prevenir recaídas, reestructurar roles en el ámbito familiar y normalizar las relaciones, aprendizaje de conductas alternativas, etc.

Paralelamente a las intervenciones anteriores se abordan aspectos relacionados con la integración social a través de la elaboración de un diagnóstico social que indique el tipo de carencias que presenta el usuario en relación a las distintas áreas de su vida familiar y social. Para el desarrollo integral de la persona es necesario que ésta tenga cubiertas o al menos la posibilidad de satisfacer las siguientes necesidades, información, habilidades sociales, autonomía física y psíquica, relación convivencial, organización de la unidad convivencial, formación, trabajo, economía, vivienda, participación social y aceptación social.

Para ello desde el trabajo social, se debe intervenir en la satisfacción de éstas necesidades o carencias básicas, bien a través de intervenciones que incluyan la incorporación en programas específicos o bien posibilitando la incorporación en recursos y/o prestaciones comunitarias a las que también pueden tener derecho.

Así mismo también se interviene desde el punto de vista jurídico, en algunos CTA, en casos sobre aspectos penales (conducción bajo los efectos del alcohol o comisión de delitos), matrimonios y custodia, menores y cualquier asesoramiento jurídico.

g) Instrumentos y manual de procedimientos

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.3. CÁNNABIS.

En la intervención con consumidores de cánnabis existen dos modalidades de Programas:

2.3.1. Programa de intervención dirigido a consumidores de cánnabis que desean abandonar el consumo.

a) Objetivos.

- Proporcionar un tratamiento a aquellos usuarios de cánnabis que manifiestan problemas generados por su consumo.
- Conseguir la abstinencia de cánnabis en usuarios que no presentan otro tipo de adicción mediante los procedimientos terapéuticos adecuados.

b) Población diana.

Este programa va dirigido a los usuarios que acuden al Centro con la demanda de abandonar el consumo, o que una vez finalizado el Programa de Atención a Consumidores Sancionados manifiestan dificultades para abandonar el consumo y presentan demanda terapéutica al respecto.

c) Criterios de inclusión.

Usuarios que con carácter voluntario soliciten ser incorporados a este programa.

d) Criterios de exclusión.

Usuarios que tras la valoración correspondiente no presenten problemática asociada al consumo.

e) Actuaciones.

Tras iniciar el proceso de Acogida en el CTA y realizar un primer diagnóstico, se iniciará un tratamiento psicológico de evaluación y terapia individual posterior.

2.3.2. Programa de atención a consumidores sancionados según el Art. 25.1 de la Ley de Seguridad ciudadana que manifiestan no presentar problemas.

Este programa surge como respuesta a los usuarios que acuden a los CTA, después de ser sancionados por consumir estas sustancias (artículo 25.1). La ley ya mencionada, indica en su artículo 25, apartado 2, que paralelamente, y 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.

Cada vez son más los usuarios que acuden a nuestro Centro con la petición de que se les ayude a la suspensión de la multa, en la mayoría de los casos son jóvenes y adolescentes, con edades comprendidas entre los 15 y 30

años.

La experiencia nos dice que los jóvenes que llegan con esta demanda no tienen una motivación que permita iniciar con garantías de éxito un programa normalizado de tratamiento. 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.

a) Objetivos.

1. Aumentar la percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas, proporcionándoles información objetiva, con objeto de evitar que incurran en conductas de riesgo.
2. Detectar a los usuarios en situación de riesgo, en relación al consumo de cánnabis y otras drogas, y orientarlos hacia un tratamiento más normalizado si procede.
3. Prevenir las consecuencias asociadas al consumo de drogas.
4. Modificar los vínculos entre los aspectos culturales de la diversión y el significado que adquiere el consumo de drogas.
5. Dar una información en relación al cánnabis y otras drogas, encaminada a lograr la abstinencia preferentemente.

b) Población diana.

1. El programa va dirigido de forma exclusiva a los usuarios que vienen al Centro, con la demanda de "que les quiten la multa". Es decir, no tendrán acceso al mismo, aquellos que estando ya en otros programas de tratamiento, sean sancionados por el mismo motivo.
2. Preferentemente, tendrán acceso los usuarios que la droga motivo de sanción sea el cánnabis.
3. Por las características del programa, podrá participar en el mismo, los usuarios que sin haber sido sancionados, tengan consumos habituales o esporádicos de cánnabis y así lo demanden.

c) Criterios de inclusión.

Los usuarios que soliciten ser incorporados a este programa deberán solicitarlo voluntariamente, autorizando mediante firma para que podemos informar sobre el interesado. Dicho documento se considerará de obligado cumplimiento para iniciar cualquier trámite del procedimiento administrativo abierto, sin el cual, no estaríamos autorizados a la emisión de informes sobre la evolución del paciente.

La emisión de cualquier tipo de informe no implica directamente la

exención del pago de la multa.

d) Criterios de exclusión.

Aquellos pacientes que a juicio del clínico no posea ningún criterio diagnóstico ni de abuso ni de problemáticas asociadas al consumo, por lo que serán informados por escrito de tal condición.

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.

e) Actuaciones.

El programa constará de seis sesiones de trabajo grupal que se desarrollarían con una temporalidad semanal, llevadas a cabo por un conductor especializado y cuya duración sería aproximadamente de dos horas y con un máximo de 6 a 8 participantes.

En todo momento las sesiones tendrán un clima que permita al usuario un papel activo en un ambiente empático para que no se mantengan las actitudes defensivas.

La línea de trabajo con el grupo va a implicar, por una parte una información realista sobre los temas tratados y por otra un acompañamiento en el análisis de sus razones funcionales del consumo, ofertándoles alternativas no químicas para satisfacer esas razones.

Objetivos y propuesta de trabajo por sesiones:

1. Explicar Programa	Recoger datos del participante
2. Información sobre la sustancia	Función y análisis del consumo en cada usuario
3. Autoconocimiento y motivación	Valorar estados de ánimo y consumo
4. Factores de riesgo y protección	Alternativas al consumo
5. Habilidades sociales	Técnicas de relajación
6. Alternativas comunitarias	Ocio versus ociosidad

En caso de falta a sesiones se ofrecerá la opción de incorporarse al próximo grupo, debido al carácter cíclico de los grupos.

Los criterios para la emisión de un informe positivo con el fin de obtener la suspensión de las sanciones son: Que se complete las seis sesiones de grupo. Si el paciente es sancionado de nuevo no puede volver a realizar las 6 sesiones, simplemente pagar la multa o dejar el consumo.

El plazo propuesto entre el inicio del tratamiento hasta el informe de alta nunca será superior a tres meses.

f) Indicadores de evaluación.

- Número de usuarios que han solicitado acceder al programa.

- Tasa de usuarios que finalizan con éxito el programa.
- Número de grupos puestos en funcionamiento a lo largo del año.

g) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de cannabis de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.4. TABACO.

a) Definición.

Desde los CTA se ofrece la posibilidad de ayudar a los fumadores en activo que deseen intentar el abandono de la dependencia de la nicotina, mediante una serie de actividades médico-psicológicas.

b) Objetivos.

- Poner en marcha un procedimiento especializado en el tratamiento del tabaquismo.
- Aconsejar y ayudar al paciente al abandono de su dependencia.
- Atender a cualquier usuario que solicite ser tratado de su adicción a la nicotina.

c) Población diana.

Pacientes con dependencia al tabaco que deseen someterse a un tratamiento y que se encuentren en una fase contemplativa respecto del estado del cambio.

d) Criterios de inclusión.

Cualquier fumador en activo que desee abandonar el consumo.

e) Criterios de exclusión.

Inicialmente ninguno, pero tratando de conservar la homogeneidad del grupo.

f) Actuaciones.

Las estrategias para ayudar al paciente a dejar de fumar, implican el desarrollo de un protocolo asistencial que conlleva:

1. Valoración y diagnóstico inicial, utilizando para ello no sólo las pruebas y test estandarizados del CTA, sino aquellas específicas para la intervención en este programa, tales como el test de Fagerström para valoración de la abstinencia y el cuestionario de motivación para fumar/tipo de fumador, todo ello con el objetivo de conocer el estado del paciente en relación al tabaco.
2. Diseño de la intervención más apropiada acorde con las características del paciente, en la que se incluirán intervenciones médicas y psicológicas, acordando y programando las intervenciones a realizar.
3. La elección de un tratamiento farmacológico (parche, chicle, inhalador, nebulizador nasal y bupropión) pueden ser utilizados por todos los fumadores, excepto si presentan circunstancias especiales, contraindicaciones médicas, los que fumen menos de 10 cigarrillos al día, las gestantes o en período de lactancia y los adolescentes.
4. La intervención psicológica contemplará una primera fase de preparación, de incremento de la motivación y de información general sobre el tabaco, entregándose cuanta documentación se disponga. En

una segunda fase, que llamaremos de abandono, se aplicarán todas aquellas técnicas psicológicas que se estimen oportunas con el objetivo de conseguir el abandono del consumo y la abstinencia (técnicas cognitivas, conductuales, sesiones de apoyo grupal, etc.). En la fase de mantenimiento se llevarán a cabo distintas estrategias para mantener al fumador abstinente, tales como sesiones grupales, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas.

5. Tanto las farmacológicas como las psicológicas deberán ser combinadas, atendiendo a las necesidades detectadas en el fumador.

g) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de tabaco de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.5. COCAÍNA Y OTROS ESTIMULANTES.

a) Definición.

Se trata de abordar el tratamiento de las personas con adicción a estimulantes (anfetaminas y cocaína básicamente), a nivel ambulatorio proporcionándole los medios y recursos adecuados para disminuir o frenar el consumo y mantener la abstinencia.

b) Objetivos del programa de intervención.

- Evaluación médica y psicológica de la adicción y problemática asociada al consumo de estimulantes.
- Diseñar y desarrollar un plan de intervención conjunto con la familia, para disminuir y frenar el consumo o para mantener abstinencia.
- Planificar un seguimiento toxicológico, a través de intervenciones médicas y sesiones de psicoterapia que comprometan a la abstinencia al sujeto.
- Establecer un tratamiento Psicoeducativo Grupal que facilite la mejor comprensión de los efectos negativos del uso de la sustancia, así como los efectos positivos de su abstinencia.
- Organizar sesiones clínicas y revisión de casos para facilitar la agilización de las intervenciones médicas y psicológicas.

c) Población diana.

Usuarios con un consumo de estimulantes activo y que solicitan iniciar un proceso de tratamiento.

d) Criterios de inclusión.

Confirmación de adicción a estimulantes. Voluntariedad en el inicio del tratamiento.

e) Criterios de exclusión.

En principio ninguno.

g) Actuaciones.

- Se realizará una evaluación exhaustiva que incluye los siguientes aspectos: historia toxicológica y psicosocial, psicosintomatología y estado emocional, habilidades sociales, personalidad, expectativas de tratamiento, etc.
- La intervención se realiza tanto a nivel individual como grupal.

Tanto el proceso de evaluación como la intervención grupal se desarrollan más ampliamente en el punto 4, Manual de Procedimientos.

h) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y

Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.6. OTRAS DROGAS.

Aunque con una frecuencia muy inferior a las restantes, en los C.T.A. de Andalucía también se atienden otras drogodependencias, entre las que podríamos citar:

2.6.1. HIPNOSEDANTES.

Producen básicamente sedación e hipnosis, perteneciendo a diversos grupos farmacológicos. Generalmente el primer contacto se produce por un tratamiento médico contra la ansiedad o el insomnio. Pueden generar tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, así como la denominada recurrencia (reaparición de síntomas originales que ocasionaron el tratamiento) y el efecto rebote (retorno transitorio y de mayor intensidad de los síntomas previos a la toma de benzodiacepinas).

El tratamiento de desintoxicación más aceptado consiste en la reducción gradual tras una dosis sustitutiva, aunque algunos casos es preciso el ingreso hospitalario. En la deshabituación se utilizan estrategias de prevención de recaídas.

2.6.2. SUSTANCIAS VOLÁTILES.

Constituyen un grupo de productos químicos que se caracterizan por ser gases o líquidos volátiles de una alta liposolubilidad, que producen llamativos efectos psicotrópicos. Los consumidores suelen ser niños y adolescentes en edad escolar que consumen en un grupo de iguales.

Generalmente ocasionan diferentes complicaciones agudas (intoxicación, lesiones cutáneas, secuelas neurológicas, trastornos digestivos, musculares y hematológicos) y el tratamiento va enfocado hacia ellas.

2.6.3. ALUCINÓGENOS.

Son un grupo heterogéneo de sustancias capaces de producir alteraciones sensoriales, fundamentalmente alucinaciones. Habitualmente se consume en grupo, no provocando dependencia física, aunque generan trastornos sensoperceptivos diversos.

Hoy en día es muy rara la existencia de consumidores crónicos de estas sustancias, centrándose el tratamiento en el de las complicaciones.

2.7. CONDUCTAS ADICTIVAS.

2.7.1. JUEGO PATOLÓGICO.

a) Definición.

Los términos compulsivo, adicto, patológico o ludopatía, han sido utilizados para describir la conducta de un jugador que no puede controlar su juego excesivo y que daña el funcionamiento del sujeto, ya sea desde el punto de vista psicológico, familiar, social, económico, laboral o de otro tipo.

En este sentido se incluyó esta entidad clínica en la DSM-III, como una enfermedad adictiva con criterios propios como para estar considerada aparte de los Trastornos por Uso de Sustancias. Esta conducta de juego inadecuada, persistente y recurrente nos exige implementar determinadas estrategias con el objetivo de hacerle frente.

b) Objetivos.

- Ayudar al paciente a conseguir la abstinencia del juego y prevenir las recaídas.
- Ofrecer ayuda para que el paciente pueda adoptar un estilo de vida más sano que le brinde satisfacción sin el juego.

c) Población diana.

Todo aquel sujeto que presente fracasos continuos y de forma crónica en resistir los impulsos a jugar, con perjuicios sobre su vida.

d) Criterios de inclusión.

Cualquier jugador en activo que desee iniciar un tratamiento para abstenerse de hacerlo de forma voluntaria.

e) Criterios de Exclusión.

Inicialmente no existen criterios de exclusión.

f) Actuaciones.

Entre los jugadores patológicos son frecuentes tanto los trastornos psicopatológicos, como los trastornos de personalidad, independientemente de los trastornos de abusos de sustancias y otras patologías asociadas, por lo que en un primer momento estableceremos una fase de valoración diagnóstica inicial, en la que incluiremos los distintos cuestionaros diagnósticos normalizados, además de los propios sobre el juego (Entrevista semiestructurada de la historia del juego de Echeburúa, Cuestionario de Juego patológico de South Oaks, Inventario de Pensamientos sobre el Juego, etc.). La intervención ofrecida es combinada, en el sentido de aunar técnicas psicológicas variadas (técnicas cognitivas, de desensibilización, control de estímulos autorregistros, etc.) junto con un tratamiento psicofarmacológico (fundamentalmente antidepresivos) adecuado a las necesidades del paciente.

También decimos que es combinada en la medida que se considera fundamental no sólo la intervención sobre el sujeto sino sobre el resto de la familia, a través de grupos de terapia y de grupos de autoayuda.

El formato del programa de cese de la conducta de juego se estructurará en sesiones, de una hora de duración y con una periodicidad semanal. El programa tiene un formato individual, pues facilita la adaptación del control de estímulos y de la exposición a las características individuales de cada caso.

Las cinco sesiones resumidamente son:
Primera Sesión: Plantear la hipótesis del problema desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta, determinar los aspectos financieros, evitar las situaciones de juego y autodenunciarse.
Segunda Sesión: Revisar las tareas planificadas en la primera sesión y tratar las dificultades planteadas, explicar la teoría subyacente al procedimiento de la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta y elaborar un procedimiento individualizado de exposición, según el análisis funcional de la conducta, y establecer el plan de actuación.
Tercera Sesión: Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas, reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos y enseñar al paciente el concepto de conductas (y relaciones sociales) alternativas reforzantes y hacer un listado de ellas.
Cuarta Sesión: Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas y reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos habidos.
Quinta Sesión: Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.

g) Instrumentos y manual de procedimientos.

Lo recogido en el "Proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones", elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social y la Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos por juego patológico de la Dirección General de Servicios Sociales y Dependencias (antes Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

2.7.2. OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS.

A las compras, al ejercicio físico, al sexo, al trabajo, a los tecnologías y a los videos juegos.

Se enmarcan todos ellos dentro de los trastornos del control de los impulsos y que se caracterizan por presentar una destacada sensación de tensión o estimulación, seguida de la incapacidad para resistir el impulso o deseo de realizar un acto potencialmente problemático para el, para otros y para la comunidad.

Resulta especialmente importante destacar la amplia asociación que presentan estos trastornos del control de los impulsos con otras patologías psiquiátricas como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad e incluso con trastornos por consumo de sustancias.

2.8. PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES EN LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA DE CORDOBA.

a) Definición.

En los Centros Penitenciarios, en el año 1989 se inició el Programa de Apoyo a la Atención 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 macha 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.

En el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones se recoge la necesidad de desarrollar programas de apoyo a las drogodependencias en prisiones en colaboración con los responsables de las mismas, de forma que a este colectivo se le garantice la misma atención y disponibilidad de recursos que a la población normalizada.

b) Objetivos.

- Mejorar la asistencia a la población penitenciaria de las personas que solicitan ayuda para resolver su problema de drogodependencias, deslindando dicho tratamiento de la situación judicial.
- Garantizar el desarrollo de los programas, llevados a cabo en la Red Andaluza de Atención a las Drogodependencias, en los Centros Penitenciarios de Andalucía de forma programada y continua, en coordinación con el resto de actividades que se desarrollan en los CTA.
- Coordinar y acercar los recursos comunitarios a la población penitenciaria, impulsando en aquellos drogodependientes cuyas condiciones jurídico-penitenciarias lo permitan, la derivación a otros dispositivos de la comunidad no penitenciarios.

c) Población diana.

Internos drogodependientes, que bien tengan instaurado un tratamiento desde cualquier servicio ambulatorio externo y que deseen seguir manteniéndolo, o que deseen iniciarlo desde el interior de la prisión.

d) Criterios de inclusión.

Serán susceptibles de ser tratados de los problemas relacionados con el consumo de drogas todos aquellos internos que:

1. Provengan de un tratamiento iniciado en la Red Pública de Atención a las Drogodependencias, y que expresen estar en esta situación (lo cual será contrastado) y deseen seguir dicho tratamiento de forma voluntaria y así lo manifiesten, mediante el mecanismo instaurado en

cada prisión a tal efecto.

2. Que, sin haber iniciado tratamiento en el exterior, soliciten por primera vez comenzarlo en la prisión.

e) Criterios de exclusión.

Inicialmente no se considera ninguna circunstancia excluyente para acceder a dicho tratamiento, salvo aquellas que pudieran derivarse de la situación penitenciaria.

f) Actuaciones.

El GAD como instrumento básico de actuación.

La Estrategia Nacional 2000-2008 sobre drogodependencias del PNSD, ya recoge dentro de sus propuestas el hecho de que se deberá garantizar la existencia y el desarrollo de los GAD (Grupo de Atención a Drogodependientes) en los centros penitenciarios, debiendo éstos estar lo suficientemente dotados y contando con el apoyo y la participación de profesionales no penitenciarios.

Estas actuaciones en materia de drogodependencias, vienen desarrolladas en el documento de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, donde se define el funcionamiento de estos grupos.

Desde esta estructura, cuyos objetivos son programar, coordinar, supervisar, ejecutar y evaluar las actuaciones en el ámbito de las drogodependencias, cobra sentido la inclusión de los técnicos de los CPDs en los llamados GAD, teniendo este grupo de trabajo el carácter de instrumento de integración entre lo penitenciario y lo extrapenitenciario y canalizándose todas las actividades a través de este grupo.

Por otra parte, queda recogido en dicho documento, que la ejecución del programa de drogodependencias en II.PP. se recogerá en un plan detallado dependiendo de las disponibilidades del centro, que incluye: 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.

Las prioridades de actuación desde los Equipos del C.P.D.

Tal y como se desprende del documento antes citado, las actuaciones de los Equipos del C.P.D. cobran sentido siempre y cuando exista un proyecto de actuación conjunta y con delimitaciones de responsabilidades entre los profesionales que intervienen (Servicio, médico, responsables de tratamiento penitenciario, área socioeducativa, juristas, CPD, otras ONG, etc.)

Desde este punto de vista la responsabilidad de estas actuaciones recae directamente sobre el GAD, quién a través de sus reuniones

periódicas establecerá las actuaciones.

No obstante, como punto de partida, desde los CPDs se proponen actividades prioritarias para llevar a cabo en materia de actuación en drogodependencias las siguientes:

-Información a todo interno a la hora del ingreso, sobre las actuaciones que se ofrecen en materia de droga.

Mediante el asesoramiento y colaboración en el diseño de este procedimiento y posteriormente establecerán las fórmulas para realizar una valoración personalizada de todo paciente que solicite ser atendido, una vez que éste realice la petición mediante el método estipulado. Una vez analizado el caso se iniciará el proceso normalizado de valoración diagnóstica, indicación terapéutica y seguimiento clínico del caso, con la correspondiente cumplimentación y recogida de información de datos.

-Programa de Tratamiento con Metadona

- Apoyar y colaborar en el programa de metadona, comunicando a los responsables médicos de II.PP. todos aquellos ingresos que estuvieran 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 P.T.M. en algún C.T.A.
- Trabajar en coordinación con el resto de los servicios médicos en el seguimiento clínico de estos casos, modificación de dosis y otros aspectos del programa y en los casos cuya estancia se prevea superior a 6 meses por su condición de penado, efectuar el procedimiento normalizado de actualización diagnóstica y terapéutica si así se estima conveniente.
- 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.

-Actuaciones referidas a la prescripción de fármacos (Desintoxicaciones / Naltrexona)

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 C.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.

-Seguimiento clínico de los casos en Programas de deshabituación orientados a la abstinencia.

Los Equipos del C.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 y de las capacidades del propio equipo.

-Derivaciones de internos a CC.TT. u otros recursos externos.

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 CPD procederá a la gestión del ingreso mediante el protocolo de derivación correspondiente.

-Sistemas de información, notificación y diagnóstico:

El equipo del C.P.D. notificará los siguientes documentos:

- Hojas de evaluación mensual para enviar a la Oficina de la Dirección General.
- Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (se determina qué internos son susceptibles de efectuarles la FIBAT; son aquellos cuyo internamiento se prevea superior a tres meses y que no dispongan de estos datos recogidos desde un CTA).
- Protocolos de incorporación a programas (Metadona, Naltrexona, CC.TT., Red de artesanos, etc.).
- Las pruebas diagnósticas estandarizadas en el C.P.D., se administrarán a pacientes nuevos que contactan por primera vez y que no disponen de este diagnóstico o bien para continuarlo, a los pacientes antiguos que necesitan una actualización diagnóstica para decidir una nueva estrategia terapéutica.

2.9. PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL.

Es un programa que surge como respuesta a una necesidad de coordinación con los servicios especializados, en la atención a personas que teniendo un problema relacionado con el consumo de drogas o conductas adictivas, además presentan patologías médicas o psiquiátricas y por este motivo se ve la necesidad de ingresos hospitalarios.

Los objetivos son:

- Asegurar la continuidad asistencial durante el tiempo que el/al paciente se encuentra ingresado en el Hospital o en la Unidad de Agudos de Psiquiatría.
- Mejorar el nivel de adhesión a los tratamientos prescritos por parte de los/as pacientes con trastornos por consumo de sustancias o conductas adictivas y patologías orgánicas o psiquiátricas que ingresan en el hospital..
- Llevar a cabo una atención integral del paciente con patología orgánica y trastorno por consumo de drogas y aquellos como patología dual.

El instrumento que nos permite coordinarnos entre la UDA-CPD y los distintos Servicios Hospitalarios incluidos la Unidad de Agudos Psiquiátrica, es a través de interconsultas que se nos hace por parte de los profesionales de dichos servicios, dándole respuesta a través de una Médica de la UDA-CPD que se desplaza a los respectivos servicios para atender al/la paciente.

2.10. PROGRAMA DE REDUCCION DE DAÑOS.

Es un programa que surge como respuesta a la influencia que el VIH-SIDA estaba teniendo entre los usuarios de drogas vía intravenosa. El objetivo de este programa no es el abandono total del consumo de sustancias (aunque no se descarta que a sí sea) sino a reducir las consecuencias adversas del consumo de drogas y en segundo lugar la posibilidad de abordar la dependencia de las mismas.

Dirigido a personas consumidoras de drogas que no se plantean de inicio el abandono definitivo del consumo

Se llevará a cabo por el equipo especializado de atención a las drogodependencias y adicciones que existen en cada uno de los centros de salud de Córdoba.

2.11. PROGRAMA DE INCORPORACIÓN SOCIAL.

Según lo recogido en el "Proceso de incorporación social de un paciente diagnosticado de un trastorno por consumo de sustancias o conductas adictivas" elaborado por la Unidad de Drogas-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba.

a) Definición funcional.

Conjunto de actividades de evaluación, planificación, coordinación, cooperación y seguimiento, encaminadas a la puesta en marcha de un itinerario individual de incorporación social de una persona con un trastorno por consumo de sustancias.

b) Definición del proceso.

Pacientes que estando diagnosticados de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas o conductas adictivas y se encuentran en proceso de atención asistencial, pueden beneficiarse de medidas encaminadas a la integración en su medio social de una manera real y efectiva.

c) Destinatarios del proceso.

Persona diagnosticada de un trastorno por consumo de sustancias o conducta adictiva y que cumpla los siguientes criterios:

- Encontrarse en proceso de atención asistencial.
- Que acepte libremente la posibilidad de llevar a cabo dicho programa.
- Que tenga necesidades en aspectos que dificulten su normalización social, tanto en lo relativo al empleo (formación, búsqueda de trabajo) como en lo referente a cuestiones básicas como la vivienda, pasando por aspectos que tengan que ver con su capacitación y competencias personales y sociales (habilidades sociales, relaciones sociocomunitarias).
- Que cumpla los criterios establecidos por cada uno de los programas de incorporación social existentes.

d) Beneficiarios colaterales.

Familiares de un paciente diagnosticado de un trastorno por consumo de sustancias o conducta adictiva y que cumpla los siguientes criterios:

- Encontrarse su familiar en proceso de atención asistencial.
- Estar dispuesta la familia a acudir a las citas de seguimiento que se programen.

Para ello contamos con los siguientes programas:

- Talleres de habilidades básicas preelabórales.
- Aula de informática.
- Programa de intervención social en espacios naturales de Andalucía.
- Programa de Red de Artesanos.
- Programa Arquímedes.
- Programa de información y asesoramiento para el empleo "Andalucía Orienta".

3. ÁREA DE ATENCIÓN A LA FAMILIA

Donde se incluye:

- Intervención en prevención.
- Asesoramiento a la familia.
- Formación a la familia.
- Información y sensibilización.
- Tratamiento a la familia.

a) Instrumento.

Lo recogido en el "Proceso de atención a una familia afectada por un trastorno relacionado con el consumo de drogas o por una conducta adictiva" elaborado por la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD del Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba; y en el que se indica:

b) Definición funcional.

Conjunto de actividades de evaluación, planificación, coordinación, cooperación y seguimiento, encaminadas a dar respuesta a la problemática que presenta una familia con uno de sus integrantes afectado por un trastorno relacionado con el consumo de drogas o por conducta adictiva.

c) Definición del proceso.

Atención a familias en cuyo seno, uno de sus integrantes esta diagnosticado de un trastorno por consumo de drogas o conducta adictiva y se encuentre o no en proceso terapéutico, lo que requiere de una intervención encaminada a restituir de una manera efectiva y real el normal funcionamiento de dicha familia.

d) Destinatarios del proceso.

- Familias de pacientes que se encuentran en proceso terapéutico por un trastorno relacionado con el consumo de drogas o por conducta adictiva.
- Familias de pacientes que estando diagnosticados de un trastorno por consumo de drogas o de conducta adictiva, no se encuentra en proceso terapéutico en el momento de la demanda de atención.
- Familias de personas que en ningún momento han sido diagnosticados y/o atendidos por un trastorno relacionado con el consumo de drogas o conducta adictiva pero que sospechan de que pueda estar existiendo algún problema relacionado con dichos comportamientos.
- Familias que demandan atención y/o información por sospecha de consumo de drogas o conducta adictiva de algunos de sus miembros (corte preventivo).

e) Queda fuera del proceso.

- Familias que por un interés personal deseen ser informadas sobre lo que supone un problema de consumo de sustancias o conductas adictivas en los/as jóvenes.
- Familias que en su seno exista un miembro con problemas de comportamiento que no este relacionado con el consumo de sustancias o por conducta adictiva.
- Familias de paciente diagnosticados de trastorno metal.
- Familias que en su seno exista problema de comportamiento de alguno de sus miembros propios del desarrollo.

f) Beneficiarios colaterales.

- Menores en situación de riesgo por consumo de sustancias o conductas psicoactivas.
- Menores con un trastorno relacionado con el consumo de sustancias o conductas psicoactivas.
- Adultos con un trastorno relacionado con el consumo de sustancias o conductas psicoactivas.

4. ÁREA DE ATENCIÓN A MENORES Y JÓVENES.

4.1. PROGRAMA DE ATENCIÓN A JÓVENES.

Este programa responde a los siguientes objetivos:

a) Prevenir, entre la población adolescente y joven, el consumo abusivo y problemático de drogas.
b) Ofrecer un dispositivo específico de atención para aquellos jóvenes que mantenga una relación problemática con las drogas.

Los principios fundamentales que orientan nuestra actuación van a ser la intervención flexible y dinámica, en clave de adolescente, sin etiquetamientos, de espera, y con un enfoque de globalidad. Programa educativo, desde el acompañamiento, en su entorno, desde la movilización de recursos, en red e interdisciplinar.

Los destinatarios del programa son adolescentes y jóvenes entre 14 y 22 años, las familias y a profesionales de distintos ámbitos y espacios que intervienen en este sector de la población.

Este programa tiene una relación muy directa con el Programa de Atención a las familias.

El contenido del programa es el servicio de información, asesoramiento y formación e intervención a menores y jóvenes en situaciones de abuso o consumos problemáticos.

4.2. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MENOR CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS O CONDUCTAS ADICTIVAS EN SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN O CON MEDIDAS JUDICIALES.

a) Definición Funcional del proceso.

Conjunto de actividades de evaluación, planificación, coordinación, cooperación, atención y seguimiento, encaminadas a dar respuesta a la problemática que presenta un menor con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas y que se encuentra en situación de desprotección o con medidas judiciales.

b) Definición del proceso.

Atención a menores que presentan un trastorno relacionado con el consumo de drogas o conductas adictivas y se encuentre en situación de desprotección o con medidas judiciales con responsabilidad penal, impuestas por indicación administrativa o judicial, con el objeto de restituir de una manera efectiva y real el normal funcionamiento del menor.

c) Destinatarios del proceso.

- Menores con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas en situación de desprotección y en acogimiento residencial.
- Menores con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas con medidas judiciales con responsabilidad penal en internamiento en régimen cerrado o semiabierto.

d) Márgenes del proceso.

- No se incluyen como destinatarios de este proceso a aquellos menores con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas en situación de desprotección que se encuentren en acogimiento familiar o en adopción, ya que estos menores serán incluidos en el proceso de atención a menores sin situación especial..
- No se incluyen como destinatarios de este proceso a aquellos menores con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas con medidas judiciales con responsabilidad penal en internamiento en régimen abierto o con medida de internamiento terapéutico, ya que estos menores serán incluidos en el proceso de atención a menores sin situación especial.
- No se incluyen como destinatarios de este proceso a aquellos menores con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas con medidas judiciales con responsabilidad penal en libertad, ya que estos menores serán incluidos en el proceso de atención a menores sin situación especial.

e) Destinatarios colaterales del proceso.

Familia del menor con problemas relacionados con el consumo de drogas o conductas adictivas en situación de desprotección en acogimiento residencial o con medidas judiciales con responsabilidad penal en internamiento en régimen cerrado o semiabierto.

5. ÁREA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD.

5.1. A nivel de prevención.

La clave para disminuir el daño asociado al consumo de drogas, tanto para la persona como para la comunidad, es la formación y educación de la persona, para ello se requiere por una parte información rigurosa y por otra parte, reforzar la capacidad en la toma de decisiones autónoma y libre fomentando la autoestima, , la capacidad crítica y autocrítica, la tolerancia y la actitud positiva para resolver problemas.

5.1.1. Prevención en la comunidad.

- Acciones sobre mediadores sociales.
- Acciones sobre colectivos sociales.
- Acciones sobre Escuelas de padres y madres.
- Acciones conjuntas con el programa "Ciudades ante las Drogas".
- Acciones en las Escuelas de Familias.
- Acciones en las escuelas de verano.
- Acciones en los lugares de ocio.

5.1.2. Prevención en el medio educativo.

- Acciones en el programa "Forma joven".
- Acciones sobre los EOEs.
- Acciones en los centros Educativos.

5.1.3. Prevención laboral.

- Acciones en escuelas taller.
- Acciones en el INDEEC.

5.1.4. Prevención en ámbitos específicos.

- Acciones sobre medios de comunicación.
- Acciones sobre los Cuerpos y Fuerzas de seguridad del Estado.
- Acciones sobre educadores sociales.
- Acciones en los Centros de Menores de protección o de protección.
- Acciones sobre los Servicios Sociales Comunitarios.

5.2. A nivel de atención a colectivos de riesgo.

- Acciones dirigidas a jóvenes en situación o riesgo de exclusión social.
- Acciones dirigidas a familias en situación o riesgo de exclusión social.
- Acciones dirigidas a jóvenes internos en centros de menores infractores o con medidas judiciales en medio abierto.
- Acciones dirigidas a jóvenes con medidas de protección.
- Acciones dirigidas a mujeres exconsumidoras con hijos a su cargo.
- Acciones dirigidas a minorías étnicas de familias y jóvenes con problemas
- Acciones dirigidas a familias desestructuradas con menores a su cargo.

5.3.-A nivel de difusión del conocimiento.

La información y la difusión como base de la calidad de las actuaciones.

Hoy más que nunca es fundamental la puesta en marcha de estrategias que permitan difundir el conocimiento y la información de lo que desde la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD se viene realizando, inspirado en el quehacer cotidiano de muchos profesionales, lo que favorece el aproximar a la sociedad en general las actuaciones que desde la Institución venimos llevando a cabo en materia de drogodependencias y adicciones.

Esta cuestión adquiere en el momento actual una valoración muy significativa que nos permite estar considerados como referentes y servir de orientación y de aprendizaje a personas y/o Instituciones interesadas en el tema.

a) Difusión de las actividades propias.

- Planificación trimestral de las actividades formativas de la Unidad de Drogas y Adicciones-CPD en la página Web del IPBS, apartado drogodependencias.
- Difundir las actividades formativas en materia de drogodependencias y adicciones que desarrollan otras Instituciones públicas o privadas, a través de link desde la página Web del IPBS.

b) Difusión de todo el material que la UDA-CPD elabore.

- Difusión del material de conferencias y del que se genere de manera complementaria realizados por los/as profesionales del a UDA-CPD independientemente del foro donde se impartan (conferencias, ponencias, póster, comunicaciones, etc.), a través de la pagina Web del IPBS.
- Difusión de los procesos, procedimientos, guías, documentos de coordinación que elabore la UDA-CPD a través de la Web del IPBS.
- Enlaces con autores, paginas Web de instituciones que dispongan de fondos documentales en materia de drogodependencias y adicciones a través del la Web del IPBS.
- Elaborar y difundir material sobre consejos y orientación a jóvenes, familias o profesionales, en materia de drogodependencias y adicciones sobre qué hacer ante una situación determinada donde este presente consumos a través de la pagina Web del IPBS.

c) Elaboración de artículos en prensa sobre aspectos relacionados con las drogodependencias y adicciones tanto en el aspecto informativo como documental.

d) Campaña formativa y documental de difusión en radio de aspectos de actualidad relacionados con las drogodependencias y adicciones.

e) Campaña de difusión formativa y documental en las televisiones locales sobre aspectos de actualidad relacionados con las drogodependencias.

f) Publicaciones.
- Publicación de artículos en las principales revistas que están relacionadas con las drogodependencias y adicciones.
- Publicación de estudios en las principales revistas que están relacionadas con las drogodependencias y adicciones.
- Publicación de experiencias y buenas practicas en drogodependencias y adicciones.

g) Campañas de difusión.
- A los profesionales sanitarios a través del ***diraya.***
- A los profesionales del IPBS a través de la red informática del IPBS.
- A los orientadores de los IES y los Equipos de Orientación Educativa (EOEs).
- A la población general a través de las oficinas de farmacia en los paneles informativos de los que disponen.
- A los jóvenes a través de la revista ***Agenda Joven*** del Centro de Información Juvenil de Diputación, así como a través del Instituto de la juventud.

5.4. A nivel de imagen.

- Actividades formativas en la pagina Web del IPBS.
- Elaboración y difusión de material de información sobre drogodependencias y adicciones para padres y madres.
- Campañas de información en radio sobre drogodependencias y adicciones.
- Difusión del teléfono de información y la pagina Web del IPBS.
- Publicaciones de buenas experiencias y buenas practicas en drogodependencias.
- Difundir a través del gabinete de presa de Diputación de todas las actividades formativas que realice la UDA-CPD del IPBS.

6. DISPOSITIVOS Y PROGRAMASDE APOYO

6.1. PROGRAMA DE DETERMINACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN ORINA.

a) Definición.

El método clínico de enzimo-inmunoensayo utilizado para la detección de metabolitos de drogas en orina, es un sistema de diagnóstico de presunción de consumo, que es utilizado para la comprobación de la abstinencia de los pacientes, cuya fiabilidad está en función de que se garantice una correcta manipulación de las muestras, siendo necesaria una organización y planificación del proceso para optimizarlo y eliminar al máximo los posibles errores. Proporciona, al usuario y a la familia, un instrumento que facilita una mejor evolución del proceso terapéutico y al equipo terapéutico un instrumento objetivo que facilita la elaboración de informes para instancias administrativas y judiciales.

b) Objetivos.

Verificar, mediante un método objetivo, el presunto consumo de drogas de los usuarios de los Centros de Tratamiento Ambulatorio.

c) Población diana.

Serán susceptibles de incluirse en el Programa cualquier paciente que se encuentre en tratamiento en los dispositivos asistenciales, una vez valorada su conveniencia para el proceso terapéutico.

Este criterio general de inclusión por indicación terapéutica, dadas las grandes dimensiones económicas del Programa, es necesario matizarlo para 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:

d) Criterios de inclusión.

Todos aquellos que, en función del proceso terapéutico, sean acordados entre terapeutas, usuarios y familia. Aquellos que por indicación de instancias judiciales, sean propuestos para contrastar su abstinencia.

Estar en seguimiento en el CTA de referencia.

e) Criterios de Exclusión.

Inicialmente todos aquellos fines que no sean los anteriormente expuestos deben ser analizados en profundidad antes de efectuar los controles.

La reiterada aparición de resultados positivos.

f) Actuaciones.

Para el desarrollo de este Programa, la Dirección General de Salud

Pública y Participación y la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones han establecido un acuerdo por el que se realizarán las analíticas en los Laboratorios Provinciales del SAS. El proceso y condiciones sobre las que girará el desarrollo del programa se describen a continuación.

- TOMA DE MUESTRAS:

La orina se recogerá en presencia de un observador (incluido familiares) que usará guantes desechables, siendo la cantidad mínima de orina de 10 cc. Se consignarán los datos de identificación en el bote según se acuerde, de forma clara y precisa.

- CODIFICACIÓN:

La identificación de las muestras se hará mediante la escritura directa sobre el frasco con rotulador indeleble o mediante etiqueta adhesiva que, en ambos casos, contemplará la identificación del centro seguido del número de historia u otra estrategia apropiada. Por cada bandeja portamuestras ha de cumplimentarse un Impreso de Analíticas, figurando en la relación de muestras enviadas

- ALMACENAJE DE LAS MUESTRAS.

Se dispondrá de un sistema que permita el correcto almacenaje para su posterior trasporte al Laboratorio

- CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE:

Los centros habrán de mantener las muestras de orina en condiciones óptimas de temperatura, siempre que sea posible congeladas (el tiempo máximo de la muestra congelada para que no pierda sus propiedades es 90 días y refrigeradas de 2 a 3 días), hasta su entrega al responsable del transporte y éste, a su vez, al Laboratorio Provincial.

- ANÁLISIS Y ENTREGA DE RESULTADOS:

Los resultados se entregarán a los centros, por fax, en el menor plazo posible, tras la recogida de la muestra de orina en los propios centros y, cuando administrativamente proceda, se remitirán por escrito al CTA.

6.2. UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH).

La Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones utiliza, para la desintoxicación exclusivamente, una serie de plazas o camas cedidas por el Servicio Andaluz de Salud distribuidas en varios hospitales de distintas provincias de Andalucía.

Objetivo:

Atender la sintomatología del Síndrome de Abstinencia Orgánico restaurando en el organismo la capacidad de mantener el equilibrio funcional sin la presencia del tóxico.

Criterios de derivación:

- Pacientes con falta de apoyo psicosocial o familiar que no garanticen la desintoxicación a nivel ambulatorio.
- Pacientes con historia de fracasos repetidos en desintoxicaciones a nivel ambulatorio.
- Dependencia muy severa a sustancias capaces de causar síndrome de abstinencia grave.
- Presencia de patología orgánica o psiquiátrica, que recomiende la realización de la desintoxicación en régimen hospitalario.

Puede derivarse cualquier usuario que se encuentre en estas circunstancias, independientemente del sexo, edad o tipo de adicción.

Acceso:

El terapeuta debe cumplimentar un Protocolo de Derivación a UDH que se enviará a la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias (en adelante FADA), para su inclusión en una lista de espera.

El ingreso se producirá por orden de llegada de los Protocolos de Derivación, a excepción de los pacientes menores de edad y de las mujeres embarazadas a los que se da prioridad en el ingreso.

El proceso de desintoxicación dura aproximadamente 10 días tras los cuales el paciente es dado de alta, y derivado a su CTA de referencia, u otro recurso, continuando con la fase del tratamiento que su terapeuta o equipo terapéutico valore.

6.3. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (CT).

Es un recurso regional, utilizado originariamente, y durante varios años, para la realización de la fase de Deshabituación en régimen de internamiento, aunque en la actualidad casi todas las comunidades realizan también la Desintoxicación, tratamientos con sustitutivos (PTM) así como actividades orientadas a la Incorporación Social como pueden ser los cursos de FPO.

Objetivos:

- Facilitar la desintoxicación (en su caso), deshabituación y tratamientos con sustitutivos, de las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios, en un entorno controlado.
- Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su posterior incorporación social.
- Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

Criterios de derivación:

- Dificultades de mantener la abstinencia durante el proceso de rehabilitación en régimen ambulatorio.
- Problemática familiar o social que impida la realización del tratamiento a nivel ambulatorio.
- Situaciones de riesgo como puede ser el consumo de drogas por la pareja u otro miembro de la familia.
- Necesidad de separar al sujeto de su medio habitual para poder 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.

La derivación se realizará a través de los CTA de Andalucía, previo estudio e indicación de los terapeutas de referencia.

Acceso:

Para acceder a este recurso el terapeuta de referencia cumplimentará un Protocolo de Derivación a CT que se enviará a la FADA para su inclusión en la lista de espera, confeccionada teniendo en cuenta el perfil del paciente. Permanecerá ingresado un tiempo no superior a nueve meses, tras los cuales será derivado a su CTA de referencia, u otro recurso, donde se continuará con el proceso de incorporación social.

6.4. VIVIENDAS DE APOYO AL TRATAMIENTO (VAT).

Es un recurso de alojamiento y convivencia, ubicado en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes durante los inicios de su proceso terapéutico.

Objetivos:

- Cubrir las necesidades básicas de los drogodependientes que inicien tratamiento (alimentación, higiene, ropa, vivienda, soporte convivencial, tabaco)
- Facilitar un lugar físico donde realizar los tratamientos de desintoxicación ambulatoria y/o de mantenimiento con metadona.
- Preparación del afectado para la adaptación a otros recursos (Comunidades Terapéuticas y Centros de Día).

Criterio de derivación:

Drogodependientes (heroína/cocaína, alcohol, metadona), que carecen de un entorno social básico y apoyo familiar necesario, en los inicios de su proceso de tratamiento. Su finalidad es albergar a este perfil de adictos a drogas, y apoyarles en la desintoxicación y preparación para la incorporación a otros recursos, en la mayoría de los casos Comunidad Terapéutica o Programas de Centro de Día.

Acceso:

El acceso se realiza inexcusablemente desde un Centro de Tratamiento Ambulatorio, mediante la cumplimentación de un Protocolo específico, que se remitirá a la F.A.D.A.

6.5. VIVIENDAS DE APOYO A LA REINSERCIÓN (VAR).

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 éste recurso para su Incorporación Social y normalización.

Objetivos:

- Normalizar la convivencia en un espacio más cercano a la realidad psicosocial del individuo.
- Aprender a manejar las técnicas necesarias para un mejor desenvolvimiento en el medio social: higiene y aseo personal, habilidades sociales y comunitarias, manejo de dinero, elaboración de compras y realización de tareas domésticas.
- Aprender técnicas de uso del ocio y tiempo libre dentro del marco social normalizado.
- Realizar tareas formativas a nivel académico y/o laboral.

Criterios de derivación:

- Usuarios que han finalizado programas de deshabituación (tanto en CT como a nivel ambulatorio), consiguiendo unos niveles aceptables de madurez y control.
- Pueden presentar cualquier tipo de adicción.
- Tener una edad igual o superior a los 18 años.
- No se exigirá tiempo de abstinencia previo.

Acceso:

El acceso se hace por indicación del terapeuta bien desde la propia CT o bien desde el CTA de referencia y tras la cumplimentación de un protocolo específico que será enviado a la FADA e incluido en una lista de espera.

6.6. CENTROS DE DÍA (CD).

Es un recurso socioeducativo que ofrece una serie de programas educativos y ocupacionales.

Objetivos:

- Facilitar diferentes niveles de incorporación social en el drogodependiente que presenta dificultades de socialización.
- Facilitar la normalización de conductas alteradas por el consumo de

drogas.
- Facilitar el mantenimiento de la abstinencia y preparar el acceso a otro recurso o programa de la Red (Comunidad Terapéutica, Red de Artesanos...).
- Posibilitar intervenciones de apoyo que faciliten el desarrollo de los Programas de Reducción de daños.

Criterio de derivación:
- Usuarios con dificultades en el proceso de socialización y ocupación del tiempo libre así como en la realización de prácticas de reducción de daños.
- Usuarios con dificultad de mantener la abstinencia antes de ser derivados a otros recursos.

Acceso:

El acceso se realiza a través del CTA de referencia del usuario y en coordinación con el Centro de Día.

6.7. CENTROS DE ENCUENTRO Y ACOGIDA.

Son recursos de carácter ambulatorio que intervienen a demanda mediante actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y a disminuir la morbilidad y la mortalidad del drogodependiente. Para su funcionamiento es imprescindible la existencia de una red de atención a las drogodependencias conectada con estos centros y con otros recursos sociosanitarios, ya que en ocasiones, algunos pacientes terminan por solicitar tratamiento normalizado en un CTA.

Objetivos:
- Paliar o minimizar los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas.
- Tomar contacto con drogodependientes que normalmente no acceden a ningún tipo de recursos.
- Facilitar el mantenimiento de medidas higiénicas básicas (posibilidad de ducharse en el centro, lavarse los dientes, lavar la ropa, tomar zumos o leche, leer un periódico, descansar, ver la televisión, curar pequeñas heridas, etc.).
- Fomentar y ofrecer la posibilidad de integrar medidas de menor riesgo en el consumo (algunos centros cuentan con salas de consumo higiénico).
- Mantener una relación cálida y comprensiva con sus dificultades diarias.
- Motivar y preparar para iniciar tratamiento.

Criterios de derivación:
- Drogodependientes que se encuentran al margen de las redes sanitarias y sociales.
- Drogodependientes en situación de marginación y crisis grave.

Acceso:

Se accede directamente sin cita previa, la atención es inmediata.

6.8. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN JURÍDICA.(ENLACE)

Con este programa se pretende contribuir a mejorar la incorporación social de las personas drogodependientes con problemas judiciales y penitenciarios, evitando con ello la ruptura del proceso que provoca la entrada y permanencia en prisión, desde el punto de vista del abordaje integral del paciente adicto.

Entre las actividades que se desarrollan:

- Asesoramiento del paciente adicto en materia judicial.
- Información y formación en materia judicial y penitenciaria.
- Sensibilización a los jueces, magistrados y otros profesionales del sistema judicial.
- Coordinación entre recursos de drogodependencias y jurídico-penales.

7. SERVICIO DE COORDINACIÓN.

7.1. Niveles de Coordinación

7.1.1. A nivel de la Junta de Andalucía.
- Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Dependencias.
- Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencias.
- Universidad de Córdoba
- Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en Córdoba.
- Delegación Provincial de la Consejería de Salud en Córdoba.
- Delegación Provincial de la Consejería de Educación en Córdoba.
- Delegación de Juventud de la Diputación de Córdoba.

7.1.2. A nivel municipal.
- Ayuntamientos de la provincia de Córdoba de más y de manos de 20.000 habitantes..
- Servicios Sociales Comunitarios de los Ayuntamientos de más y de menos de 20.000 habitantes.
- Equipos de Tratamiento Familiar.
- Centros de acogida.
- Instituto Municipal de Desarrollo Económico y Empleo de Córdoba.
- Mancomunidades de municipios de Córdoba.

7.1.3. A nivel de salud.
- Área y Distritos Sanitarios de la provincia de Córdoba.
- Centros de Salud de la provincia de Córdoba.
- Hospital Universitario Reina Sofía.
- Unidades de Gestión Clínicas de Salud Mental.

7.1.4. A nivel de educación.
- Centros del Profesorado de la provincia de Córdoba.
- Colegios de enseñanza pública y concertada.

7.1.5. A nivel social y comunitario.
- Federación de Asociaciones en Drogodependencias y Sida MADINAT.
- Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
- Fuerzas armadas.
- Colegios Profesionales.
- Empresas de inserción Social.
- Confederación de Empresarios de Córdoba.
- Medios de comunicación de Córdoba.

7.1.6. A nivel de menores.
- Centros de Menores Infractores.
- Centros de Menores de Protección.

7.1.7. A nivel de la mujer.
- Delegación en Córdoba del Instituto de la Mujer.
- Centros Municipales de Información a la Mujer.

7.1.8. A nivel de Institución Penitenciaria.
- Institución Penitenciaria de Córdoba.
- Centro de Inserción Social de Córdoba.

7.2. Instrumentos de coordinación
- Comisiones Técnicas de Coordinación Sociocomunitarias.
- Comisiones Técnicas de Coordinación Sociosanitarias.
- Comisiones Técnicas de Coordinación con Salud Mental.
- Comisiones Técnicas de Coordinación con los Centros de Menores Infractores.
- Comisión de Coordinación GAD.
- Comisiones Técnicas de Coordinación con los EOEs.
- Comisiones Técnicas de Coordinación con los CMIM.
- Comisión Técnica de Coordinación con MADINAT.

Instituto Provincial de
Bienestar Social
Diputación de Córdoba

"más cerca de ti..."

... pide cita en tú Centro de Salud.

Equipo Ambulatorio
Especializado en Adicciones (EAEDA)

Pagina Web de información sobre drogas:
http://www.ipbscordoba.es

Teléfono de atención al ciudadano: 957 768 698

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL
JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
Diputación de Córdoba
Área de igualdad y Desarrollo Social