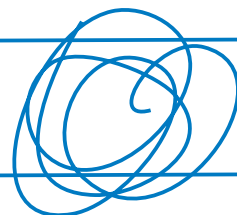




proceso de atención integral en drogodependencias y adicciones



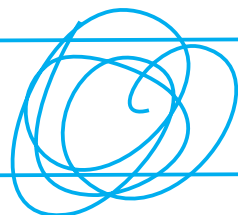
Instituto Provincial de
Bienestar Social
Diputación de Córdoba



proceso de
atención integral en
drogodependencias
y adicciones



Instituto Provincial de
Bienestar Social
Diputación de Córdoba



Edita:
Instituto Provincial de Bienestar Social
Diputación de Córdoba
info@ipbscordoba.es

© IPBS Córdoba
Luciano Cobos Luna. Coordinador

Se autoriza su difusión, siempre que se
haga mención al editor y autores de la obra.

Diseño y maquetación:
FD Studio Publicidad
e-mail: info@fdstudio.es

ISBN: 978-84-612-6077-5
Depósito Legal: CO-1744/08
Impreso en España. (Printed in Spain)

proceso de
atención integral en
drogodependencias
y adicciones



presentación

Desde que en 1986 se inicia en Andalucía el abordaje de las Drogodependencias y Adicciones, creándose la [red de Centros Provinciales de Drogodependencias](#), partiendo de un modelo integrado, en la provincia de Córdoba no hemos escatimado esfuerzos en ir adecuándonos a una realidad cambiante condicionada por nuevos problemas, nuevas demandas, nuevos perfiles de los pacientes, avances científicos, cambios organizativos y de relaciones interinstitucionales, que han ido configurando una concepción moderna de los servicios y de la atención que esta problemática requiere.

Por ello, el [Centro Provincial de Drogodependencias del Instituto de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba](#), siguiendo con la misma línea de trabajo que le ha caracterizado en los últimos años, ha procurado optimizar los recursos y resultados de la atención, adecuándose a las necesidades tanto de los ciudadanos/as usuarios del servicio, como a los profesionales que desarrollan su trabajo desde los recursos normalizados de atención en la *red de Centros de Salud de la provincia de Córdoba*.

En esta labor de implicación activa de los profesionales en busca de la máxima satisfacción de los usuarios, es donde se enmarca la puesta en marcha de las estrategias de gestión de la atención en base a procesos asistenciales, lo que va a permitir unificar y mejorar la calidad de la intervención que se presta en los diferentes municipios de la provincia, donde profesionales de diferentes ámbitos: sanitario, de trabajo social comunitario y de drogodependencias y adicciones, desarrollan su trabajo en cooperación permitiendo unas respuestas continuadas y de proximidad a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y conductas adictivas, consiguiendo la máxima implicación de los pacientes y sus familiares en su entorno propio.

Ello supone un desafío que se debe entender desde la lógica que nos ha movido durante estos años en dar la mejor respuesta que esta problemática requiere y que una administración como la [Diputación de Córdoba](#) en coordinación con la [Delegación Provincial de la Consejería de Salud](#) y la [Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social](#), debe garantizar si pretendemos unos servicios de calidad desde la proximidad de estos a los pacientes y sus familiares.

Francisco Pulido Muñoz
Presidente

María Reyes Lopera Delgado
Vicepresidenta

Diputación de Córdoba
Instituto Provincial de Bienestar Social

Córdoba, julio de 2008

índice

1	Introducción.	7
2	Subproceso 1: Atención a un paciente con un trastorno relacionado con el tabaquismo.	13
3	Subproceso 2: Atención a un paciente con un trastorno por consumo de cocaína.	27
4	Subproceso 3: Atención a un paciente con un trastorno por consumo de alcohol.	55
5	Subproceso 4: Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual.	87
6	Actividades a desarrollar por los profesionales en drogodependencias y adicciones.	127
7	Competencias de los profesionales para el desarrollo de la atención en drogodependencias y adicciones.	135
8	Indicadores de evaluación del proceso.	143
9	Atención social en drogodependencias y adicciones.	147
10	Anexos.	161



introducción

La palabra "proceso" viene del latín *procesos* que significa *avance y progreso*. Podemos definir un proceso como el "conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que interactúan, y que transforman elementos de entrada como productos, servicios y tareas, en RESULTADOS".

La gestión por procesos en Drogodependencias y Adicciones que realiza el *Instituto de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba* permite organizar de una manera diferente las actuaciones que tradicionalmente se vienen llevando a cabo en materia de drogodependencias, prevaleciendo la realidad del paciente sobre las propias actividades de la organización.

Es una herramienta de trabajo que aporta mejoras en los diferentes componentes que intervienen en la prestación asistencial, en la formación e investigación de los profesionales y, sobre todo, en lo que se refiere a un mejor ordenamiento de los diferentes flujos de trabajo para hacerlos más eficientes y adaptados a las necesidades de los usuarios/as. Permite integrar el conocimiento e intenta



disminuir la variabilidad de las actuaciones de los profesionales consiguiendo un mayor grado de homogeneidad y haciendo posible una intervención globalizada.

Supone optimizar de manera significativa la utilización de los recursos que en drogodependencias y adicciones disponemos con mayor eficacia y eficiencia y con ello mejorar la calidad asistencial, la coordinación entre los diferentes niveles de intervención y garantizar la continuidad de la atención desde un enfoque centrado en el usuario/a.

Es un paso más que da el [Instituto de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba \(I.P.B.S.\)](#) a través del [Centro Provincial de Drogodependencias \(CPD\)](#), al objeto de ir profundizando en la “normalización” de la atención a las personas que tienen un problema de drogas o adicciones, y sobre todo, en lo que se refiere a mejorar la calidad del servicio que prestamos.

Es obligado reconocer el esfuerzo y la labor que los diferentes profesionales de la [Unidad de Drogas y Adicciones \(U.D.A.\) del CPD](#) han venido desarrollando en los distintos grupos de trabajo, para poder contar con este documento técnico que supone un primer paso para ir mejorando la práctica asistencial en la atención a las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, y que hoy por hoy no presentan características excluyentes o marginales sino que representan a la población en su conjunto.

Es igualmente obligado reconocer el trabajo de los profesionales del ámbito de la Consejería de Salud (Red de Centros de Salud del SAS), así como a la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía, por su apoyo.

La presente publicación surge al amparo del I Plan sobre Drogas y Adicciones 2004/2008, consecuencia del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones y en particular del I Plan sobre Drogas y Adicciones de la Provincia de Córdoba (2004-2008).

Partiendo de un proceso de atención global e integral, a continuación desarrollaremos los distintos subprocesos de intervención que desempeñamos los profesionales de la Unidad de Drogas y Adicciones en la Provincia de Córdoba, en la idea de ir mejorando y avanzando en la mejora de las condiciones de vida de todos/as los ciudadanos/as.

Índice

1	Justificación	17
2	Definición del subproceso	18
3	Inicio de la atención en el subproceso	18
4	Tipologías diagnósticas que se abordan en el subproceso de tabaquismo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV TR	18
5	Cooperación con otros profesionales de salud	19
6	Abordaje	19
7	Intervención	20
8	Finalización de la atención	23
9	Diagrama de flujos	24
10	Bibliografía	25

Subproceso 1. Atención a un paciente con un trastorno relacionado con tabaquismo



Atención a un paciente con un trastorno relacionado con el tabaquismo

1. Justificación

El diseño de un subproceso para la atención al tabaquismo donde se incluyen los *Equipos Básicos de Atención Primaria* y los *Equipos Especializados de Atención a las Drogodependencias y Adicciones del Centro Provincial de Drogodependencias del Instituto de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba*, en el ámbito de los *Centros de Salud*, requiere de algo más que la mera derivación y compartir un espacio común entre ambos niveles. Implica tomar conciencia de los hechos, delimitar la zona de influencia de cada nivel y establecer criterios consensuados que permitan el abordaje integral del fumador y la transferencia de casos entre dichos niveles de atención.

Subproceso 1. Atención a un paciente con un trastorno relacionado con tabaquismo

Este diseño debe tener en cuenta una serie de premisas:

- El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) que nos da el marco general de actuación.*
- La necesidad de establecer un procedimiento básico para toda la provincia Córdoba.*
- El modelo organizativo de atención a las drogodependencias y adicciones en la provincia de Córdoba es diferente dentro del marco regional de atención del tabaquismo en Andalucía.*
- La elaboración de un itinerario que permita integrar las intervenciones de los diferentes profesionales y niveles de atención.*
- La apuesta por un modelo de intervención integral al tabaquismo.*
- Valorar las posibles dificultades que pueden existir a la hora de poner en marcha dicho proceso de atención en relación a determinadas tareas.*

2. Definición del subproceso

Atención a personas que demanden asistencia por un problema relacionado con el consumo de tabaco.

3. Inicio del subproceso

Se inicia el subproceso desde el mismo momento en que el paciente demanda atención a través de la *Unidad de Atención al Usuario* o por indicación de su médico de familia al detectar la existencia de un problema de tabaquismo con o sin repercusión somática, pertenecer a un grupo de riesgo, o que son derivados por un especialista por los mismos motivos.

También en el caso de que un paciente que está siendo atendido por otro problema de dependencia o conducta adictiva y manifiesta al equipo terapéutico su deseo de que se le haga un abordaje de su tabaquismo.

4. Tipologías diagnósticas que se abordan en este subproceso

- Paciente con un problema de abuso o dependencia al tabaco.
- Paciente fumador/a con patología somática concomitante.
- Paciente fumador/a con patología psiquiátrica concomitante.
- Paciente fumadora embarazada.
- Pacientes menores fumadores.

5. Colaboración con otros profesionales de salud

Si existe comorbilidad psiquiátrica, se le aplicará el subproceso asistencial de *patología dual*. En función de esta circunstancia se debe tener en cuenta la posibilidad de derivar al *Equipo de Salud Mental*.

Todo ello siempre con conocimiento y a través de su médico de cabecera con informe recogido en un P10 donde se indicará la prescripción de medicamentos, posología, pauta a seguir y recomendaciones, resultados de análisis solicitados, momento del programa en que se encuentra y tipos de intervenciones previstas.

En el caso de disponer de acceso al sistema informático *Diraya*, todo lo anterior se recogerá en la hoja de seguimiento del paciente, correspondiente al día de la fecha para que pueda ser visto por su médico de cabecera.

6. Abordaje

Antes de que el/la paciente inicie tratamiento médico y/o psicológico es conveniente que éste dé su consentimiento informado según lo establecido por la Ley 41/2002 sobre el derecho del paciente a la información, sobre su autonomía y sobre la historia clínica, estando sujeto además a la confidencialidad según lo establecido en la *Ley Orgánica 1/1982, de 1 de mayo*, de la protección civil del honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen, así como por las recomendaciones del Código de ética y deontología médica relativas al secreto profesional (**Anexo I**).

El subproceso de atención se establece de la siguiente manera:

Se llevará a cabo tanto por los profesionales de *Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP)* para la intervención mínima, como por los *Equipos de Drogodependencias y Adicciones del CPD* de cada Centro de Salud, para la intervención avanzada. En caso de que se constituya una *Unidad Especializada de Tabaquismo (UET)* en el Centro de Salud, ésta será la encargada de llevar a cabo la intervención avanzada en tabaquismo. Dicha Unidad estará integrada por profesionales sanitarios formados en intervención avanzada en tabaquismo y por los técnicos de CPD que constituyen los equipos de atención ambulatoria en materia de drogodependencias y adicciones en los Centros de Salud.

Tras derivación por parte de los profesionales de EBAP o a petición propia por demanda del paciente que quiere dejar de fumar, se valorará el estado motivacional y el estado de cambio en el que se encuentra el paciente, así como valoración clínico-psicológica por parte de los profesionales de referencia, a través de *Historia Clínica*, para aquellos fumadores que necesitan de una intervención avanzada.

La metodología consistirá en:

-*Anamnesis*, una exploración física con la determinación de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el peso corporal, exámenes complementarios como la cooximetría o la determinación de la cotinina en sangre o en orina en caso de que sea factible.

-Valoración conductual que incluiría el estudio de la fase de abandono en el que se encuentra el paciente, el análisis de la motivación a través de Richmond (**Anexo II**), la valoración de la dependencia a través del Fagerström (**Anexo III**), el análisis de la dependencia psicosocial y conductual a través del cuestionario de Russell (**Anexo IV**), de la ansiedad a través del STAI (**Anexo V**) y el autorregistro de los cigarrillos consumidos.

7. Intervención

7.1. Intervención mínima

La intervención mínima 1 y 2 como recoge el PITA, se llevará a cabo por todos los profesionales de Atención Primaria de salud y de Atención Especializada, proporcionando información sobre tabaco, personalizando la advertencia sobre los riesgos de fumar y los beneficios del abandono, explorando las dificultades posibles para el abandono, aconsejando dejar de fumar, haciendo un seguimiento que se realizará en cada visita a consulta y/o específicamente a través de sesiones grupales informativas. Para ello es importante la Historia Clínica y el apoyarse en folletos informativos y en medios audiovisuales.

Si el paciente no quiere dejar de fumar habría que incidir sobre:

- Relevancia personal de los beneficios de dejar de fumar.*
- Riesgos específicos tanto agudos como crónicos para él y para los de su entorno.*
- Identificar recompensas que puede obtener el paciente si deja de fumar.*
- Métodos para afrontar los obstáculos que puede identificar como barreras para el abandono.*
- Repetir esta estrategia cada vez que el paciente acuda a consulta.*

7.2. Intervención avanzada:

Hay que determinar el tipo de tratamiento a realizar según los criterios establecidos en base al perfil clínico-psicológico del paciente y comprenderá:

a) **Tratamiento médico** si existe indicación para ello según la evidencia científica actual, por parte del médico del equipo de *Tratamiento Ambulatorio del CPD*, al que se le derivará desde los EBAP, o en su caso por parte de la Unidad Especializada de Tabaquismo (U.E.T.) si está constituida.

En la actualidad, los tratamientos farmacológicos que ayudan a dejar de fumar según los distintos metaanálisis son: el tratamiento de sustitución con nicotina y el bupropión, al que habría que añadir la vareniclina, que han demostrado junto al apoyo psicológico evidencia científica de grado A. La indicación vendrá precedida de un diagnóstico de la dependencia que padezca el fumador, de las posibles contraindicaciones, de los efectos secundarios de cada uno de los productos y de las situaciones especiales de los pacientes.

b) **Tratamiento psicoterapéutico individual** si existe criterio para ello o por expreso deseo del paciente, según modelo de intervención psicoterapéutica individual en tabaquismo, a realizar por profesional psicólogo/a del equipo de *Tratamiento Ambulatorio del CPD*, al que se le derivará desde los EBAP, o en su caso por la UET si esta constituida.

Esta intervención irá precedida de un correcto diagnóstico psicológico y social e irá encaminado no solo a conseguir el abandono del hábito, sino también y fundamentalmente a consolidar el mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tiempo, o lo que es lo mismo, a prevenir las recaídas.

Se trabajará la motivación para el abandono, el abandono del hábito, el mantenimiento de la abstinencia con la prevención de recaídas, siempre de un modo individualizado según las necesidades del paciente, (OR de 1,56 entre 1,32-1,84).

La intervención psicoterapéutica se estructura de la siguiente manera: dos visitas antes del abandono, una visita en la fase de euforia (7º día), una visita en la fase de duelo (15º día) una visita en la fase de normalización (21 día), una visita en la fase de consolidación (3º mes) y dos visitas de seguimiento (6º y 12º mes).

c) La **intervención psicoterapéutica grupal** se llevará a cabo si existe indicación para ello según los criterios para una intervención grupal en tabaquismo, y será realizada por los profesionales del equipo de *Tratamiento Ambulatorio del CPD*, o en su caso por la UET si está constituida.

Es una modalidad de tratamiento basado en los programas multicomponentes ya que incluye varias técnicas psicológicas de tipo cognitivo y conductual combinándolas con tratamientos farmacológicos en muchas ocasiones. En

la mayor parte de los programas se proponen realizar entre 6 u 8 sesiones.

Los objetivos a nivel grupal serán analizar los motivos del comportamiento de los miembros del grupo, aprendizaje social, generar experiencias emocionales, brindar información y enseñar habilidades.

Se estructura y se trabaja:

Fase 1. Preparación: centrada en la información sanitaria y en la motivación, a través de registro de conducta, autoeficacia, autocontrol, habilidades para el cambio.

Fase 2. Abandono: incidir en el manejo del síndrome de abstinencia y en el refuerzo de habilidades y conocimientos en el abordaje de otros problemas que puedan surgir, a través de contrato con fecha de abandono y técnicas conductuales de abandono específicas.

Fase 3. Mantenimiento: prevención de recaídas a través de estrategias de afrontamiento, de control de estímulos, de exposición gradual, de apoyo social, de reequilibrio del estilo de vida, de reestructuración cognitiva.

d) El seguimiento de los pacientes será llevado a cabo por el médico de cabecera y/o los profesionales, médico/a y psicólogo/a del equipo de tratamiento ambulatorio del CPD o en su caso por los técnicos de la UET si esta constituida, bien a través de citas que por otros motivos tenga el paciente con su médico de cabecera o a través de citas programadas por los técnicos especialistas a los 3, 6, 12 meses. En cada una de las visitas se analizará la posible aparición de síntomas del síndrome de abstinencia a nicotina, el modo de superar las situaciones de riesgo, la tolerancia y el seguimiento del tratamiento farmacológico.

La existencia de la Unidad Especializada en Tabaquismo en cada Centro de Salud nos llevaría a determinar el tipo de actuación de cada uno de los técnicos que la componen, la manera de coordinarse, así como las tareas que cada uno debe de desarrollar.

Unas de las indicaciones para derivación dentro de la UET entre el profesional de Atención Primaria para intervenciones avanzadas y los profesionales especializados de los equipo ambulatorio del CPD serían:

- Mujeres embarazadas.
- Pacientes con cardiopatías no controladas.
- Pacientes con pluripatologías y polimedicados.
- Pacientes con patología psiquiátrica.
- Pacientes que necesitan de dosis superiores a las habituales de nicotina.
- Instauración de tratamientos con sustitutivos de nicotina para reducir hasta dejarlo (RHD).
- Casos de abandono tras dos intentos fallidos, bajo supervisión médica.
- Imposibilidad de realizar un tratamiento o seguimiento adecuado.

8. Finalización

8.1. Por alta del paciente:

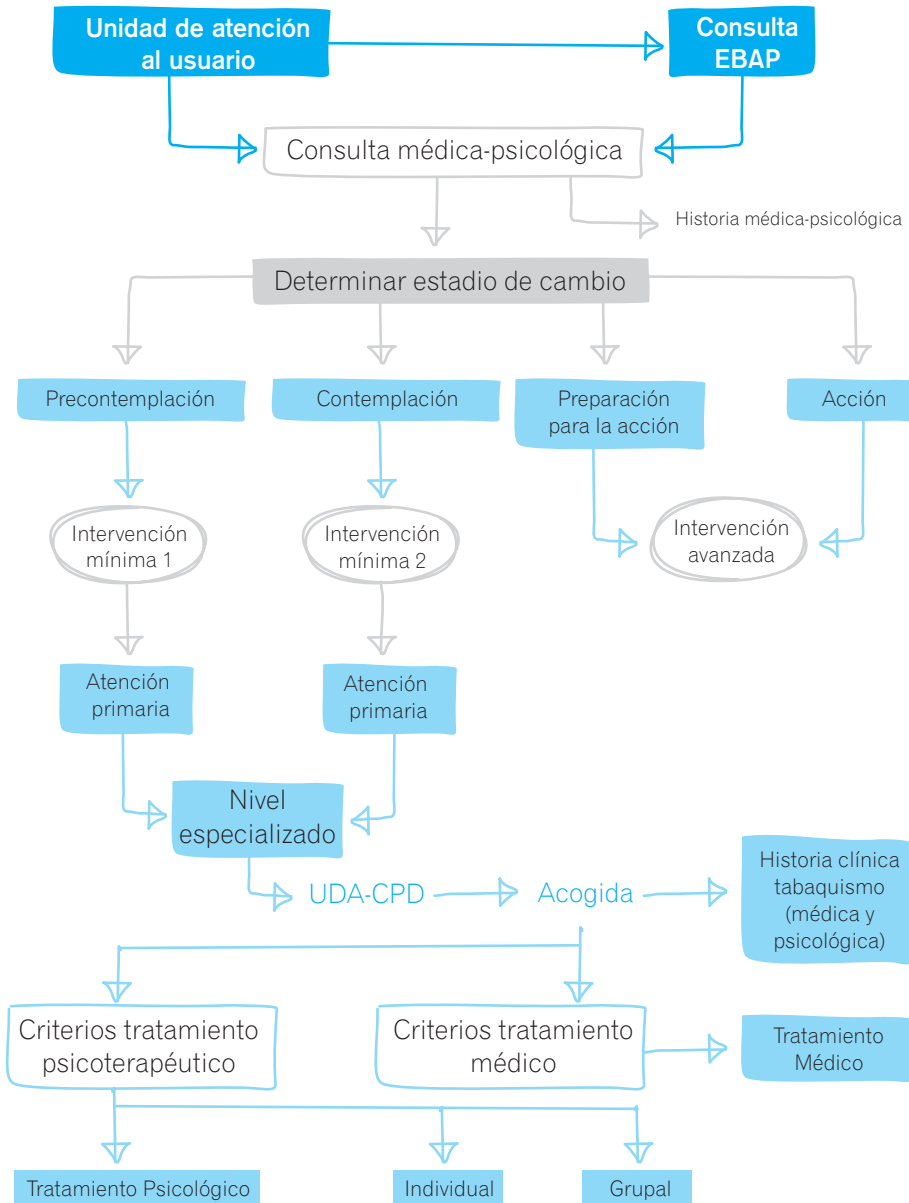
Se dará de alta al/la paciente con un trastorno de tabaquismo, una vez alcanzados los objetivos planteados. En este caso sería conveniente comunicar tanto éste como a la familia, en su caso, la evolución seguida y los motivos del alta. De la misma manera sería necesario informar a su médico/a de cabecera de esta decisión adoptada a través del sistema *Diraya* o por informe.

8.2. Por abandono:

Cuando el paciente decide no acudir a las citas para seguimiento, dándole de alta en el sistema de registro siPASDA si no ha acudido en los últimos seis meses. Sería conveniente informar de este hecho a su médico/a de cabecera para que lo tuviese en cuenta y con ello poder actuar en caso de acudir a su consulta por otro motivo de salud.

9. Diagrama de flujos

Exponemos el esquema general de circulación de pacientes que demandan atención por tabaquismo:



Subproceso 1. Atención a un paciente con un trastorno relacionado con tabaquismo

10. Bibliografía

- ARANDA J.M. y cols. (2002) *"Proceso Asistencia Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones"*. Consejería de Salud . Junta de Andalucía.
- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Consejería de Salud (2002). Junta de Andalucía.
- BARRUECO M., HERNÁNDEZ M. A., Torrecilla M. (2006) *"Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo"*, 3ª edición . GlaxoSmithKline.
- TOQUERO F. y cols. *"Guía de buena práctica clínica en abordaje del tabaquismo"*. Atención Primaria de Calidad. Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo. Patrocinado por GlaxoSmithKline. Editorial IM&C, SA.
- CÓRDOBA, R.; NERÍN, I. (2005); *"Manual de tabaquismo en atención primaria"*. GlaxoSmithKline.
- RIESCO, J. A.; JIMÉNEZ-RUIZ, C. A. (2006); *"Casos clínicos comentados de tabaquismo en atención primaria"*. GlaxoSmithKline.
- CARRIÓN, F. (2000); *"Tabaquismo, una perspectiva desde la Comunidad Valenciana"*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.
- CARRIÓN, F. (2006); *"Tabaquismo, una perspectiva desde la Comunidad Valenciana"*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.
- STEAD LF, LANCASTER T; (2006). *"Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar"*. Revisión Cochrane traducida y publicada en la Biblioteca Cochrane Puls, número 4.
- Consejería de Salud,. (2005) *"Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010"*. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Junta de Andalucía.
- Instituto Provincial de Bienestar Social. Unidad de Drogas y Adicciones. (2003) *"Programa de Intervención en tabaquismo"*. Córdoba.
- Comisionado para las Drogodependencias y Adicciones. (2002) *"Catalogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía"*. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2002.
- BECOÑA, E., VÁZQUEZ, F. (1988). *"Tratamiento del Tabaquismo"*. Madrid: Dikynson.
- BECOÑA, E. (ed.) (2004b). *"Monografía Tabaco"*. Adicciones, 16. (supl.2).
- GIL ROALES-NIETO, J. (1994). *"Tratamiento del Tabaquismo"*. Aravaca. McGraW Hill. Interamericana de España.
- MILLER, WR, ROLLNICK S. (1999). *"La entrevista motivacional. Barcelona"*. Pidos.
- STEAD LF, LANCASTER T; (2005). *"Asesoramiento conductual individual para el abandono del hábito de fumar"*. En la Cochrane Library Plus en español . Oxford. Update Software.
- SZERMAN, N.; (2006) *"Adicción al tabaco. Actualización del tratamiento farmacológico"*. Consulta de Patología Dual. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.
- LOPEZ GRAU, M y cols. (2006) *"Actualización en el tratamiento farmacológico de la deshabituación tabáquica"*. Jano 10-16 de noviembre de 2006. Nº 1628 pag 51-54.
- DEL POZO, J; ESTEBAN, A; NÚÑEZ C; Y GONZÁLEZ A (2007). *"Tratamiento del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de La Rioja"*. Trastornos adictivos, vol. 9, nº1. 6-13. 2007.

- OLANO E., VEIGA S., ESTEBAN A., MATILLA B., OTERO M. (2007). *"El tratamiento grupal del tabaquismo"*. Trastornos adictivos. Vol. 9, nº1. 14-20. 2007.
- SOBRADIEL N., GARCIA-VICENT V. (2007) *"Consumo de tabaco y patología psiquiátrica"*. Trastornos Adictivos. Vol 9, nº1. 31-38. 2007.
- SILAGY C, LANCASTER T, STEAD L, MANT D, FOWLER G. (2007) *"Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar"*. Producido por UPDATE SOFTWARE. La Biblioteca Cochrane Plus 2007 nº2.
- BAROJA J., SALVADOR T., CÓRDOBA R., VILLALBA JR. (2006) *"Espacios laborales libres de humo"*. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerios de Sanidad y Consumo. Madrid.
- APA (1996): *"DSM-IV Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales"*. Barcelona. Masson.

Índice

1	Justificación	31
2	Definición del subproceso	32
3	Inicio del subproceso	32
4	Tipologías diagnósticas que se abordan en este subproceso según DSM-IV	33
5	Cooperación con otros profesionales de salud	33
6	Abordaje	33
7	Intervención	34
8	Diagrama de flujos	38
9	Tratamiento	39
10	Ámbito de aplicación de los tratamientos	48
11	Seguimiento terapéutico del paciente	49
12	Finalización	50
13	Bibliografía	52

Subproceso 2. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de cocaína



Atención a un paciente con un trastorno por consumo de cocaína

1. Justificación

El tratamiento de pacientes con un trastorno por consumo de cocaína representa una prueba para todo tipo de terapeuta. Debe tenerse en cuenta diversas variables para manejar de forma consecuente y efectiva este tipo de patología. A este respecto es importante la planificación del tratamiento que debe tener en cuenta consideraciones diferentes tanto de índole individual como psíquica, ambiental, familiar y farmacológica.

No existiendo un tratamiento claramente definido para la atención a los trastornos relacionados con el consumo de cocaína, con consenso suficiente, es por lo que se están realizando esfuerzos encaminados a la obtención de una mayor eficacia y eficiencia

en la intervención basada en la participación y ordenación armónica de los recursos que disponemos.

La gestión por procesos en la atención a los trastornos relacionados con el consumo de cocaína, permite analizar los diversos componentes que intervienen en la atención al paciente, ordenar los diferentes flujos de trabajo e integrar el conocimiento actualizado para la consecución de unos mejores resultados. Se intenta lograr un mayor grado de homogeneización de sus actuaciones.

El abordaje de los problemas relacionados con el consumo de cocaína no está exento de dificultades, siendo la continuidad de las actuaciones y la integridad de las mismas lo más relevante. Se trata por tanto, dentro de lo que es un modelo de servicios para la atención a la cocaínomanía, de hacer presentes los tratamientos farmacológicos, psicológicos, familiares y comunitarios, que conecten entre sí la perspectiva farmacológica y educativa, la psicoterapéutica y la contextual.

Es necesario conjugar la perspectiva de mejora de la situación con la de rehabilitación, entendida en sentido amplio como transmisión de habilidades y capacidades, pero también de empeño de recuperación de la subjetividad, de la función social y de la calidad de vida de las personas con un trastorno por consumo de cocaína.

Con el presente proceso pretendemos servir de guía para la intervención de los profesionales en lo que se refiere a la consecución de los objetivos y a una atención homogénea, permitiendo de esta manera una evaluación de cada caso más objetiva y fiable.

2. Definición del subproceso

Atención a las personas que demandan asistencia por un problema relacionado con el consumo de cocaína como sustancia única y aquéllos que consumiendo otro tipo de drogas, la cocaína es la droga principal.

3. Inicio del subproceso

Se inicia el subproceso en el mismo momento en que el/la paciente demanda atención a su médico/a de cabecera, o bien porque éste detecta la existencia de un posible problema relacionado con el consumo de cocaína, derivándolo en ambos casos al equipo especializado de tratamiento ambulatorio del CPD que existe en el Centro de Salud; o por petición del propio paciente a través de la Unidad de Atención al Usuario directamente con el equipo especializado.

4. Tipologías diagnósticas que se abordan en este subproceso según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IVTR

- Trastorno por abuso de consumo de cocaína.
- Trastorno por dependencia a cocaína.
- Trastorno por intoxicación de cocaína.
- Trastorno por síndrome de abstinencia a cocaína.
- Alteración del sueño, ansiedad en consumidor de cocaína.
- Alteración del estado de ánimos en consumidor de cocaína.
- Alteración del comportamiento en consumidor de cocaína.
- Problemas sociojudiciales en consumidor de cocaína.
- Alteración del rendimiento y del funcionamiento personal en consumidor de cocaína.
- Necesidades psicosociales en persona consumidora de cocaína.

5. Cooperación con otros profesionales de salud

Si existe comorbilidad psiquiátrica, se le aplicará el subproceso asistencial de patología dual. En función de esta circunstancia se debe tener en cuenta la posibilidad de derivación al Equipo de Salud Mental.

Todo ello siempre con conocimiento y a través de su médico/a de cabecera, con informe recogido en un P10 donde se recogerá: prescripción de medicamentos, posología, pauta a seguir y recomendaciones, resultados de análisis solicitados, momento del programa en que se encuentra, tipos de intervenciones, derivaciones a unidades de desintoxicación hospitalaria o propuesta de ingreso en comunidad terapéutica o interconsultas que consideremos oportunas.

En el caso de disponer de acceso al sistema informático *Diraya*, todo lo anterior se recogerá en la hoja de seguimiento del paciente correspondiente al día de la fecha.

6. Abordaje

Multidisciplinar, tanto médico, psicológico como social en cada caso y en función de la problemática que presente el paciente o las demandas que realice.

Para ello es necesario una buena coordinación entre todos los profesionales de la Unidad de Drogas y Adicciones del CPD, al objeto de que exista buena accesibilidad del paciente, a través de citas programadas en agenda del sistema

Diraya desde la Unidad de Atención al Usuario, o de la agenda siPASDA con trabajadora social de la Unidad de Drogodependencias y Adicciones, o bien directamente al paciente a través de P10 en caso de interconsulta con trabajadores sociales comunitarios.

Este abordaje se llevará a cabo mediante reuniones de coordinación programadas, o como mínimo cada dos semanas, del equipo de tratamiento ambulatorio correspondiente, donde se determinará el plan terapéutico individual (PTI), se evaluará de manera continuada el grado de consecución de los objetivos planteados, o el cambio de estrategia en caso de no ser satisfactoria la evolución que sigue el paciente.

7. Intervención

Se procederá a la recogida de datos para la historia clínica que incluirá consumo de cocaína y otras drogas y de una historia psiquiátrica, con atención particular a la secuencia temporal entre síntomas psiquiátricos y el consumo de cocaína.

7.1. Intervención Médica:

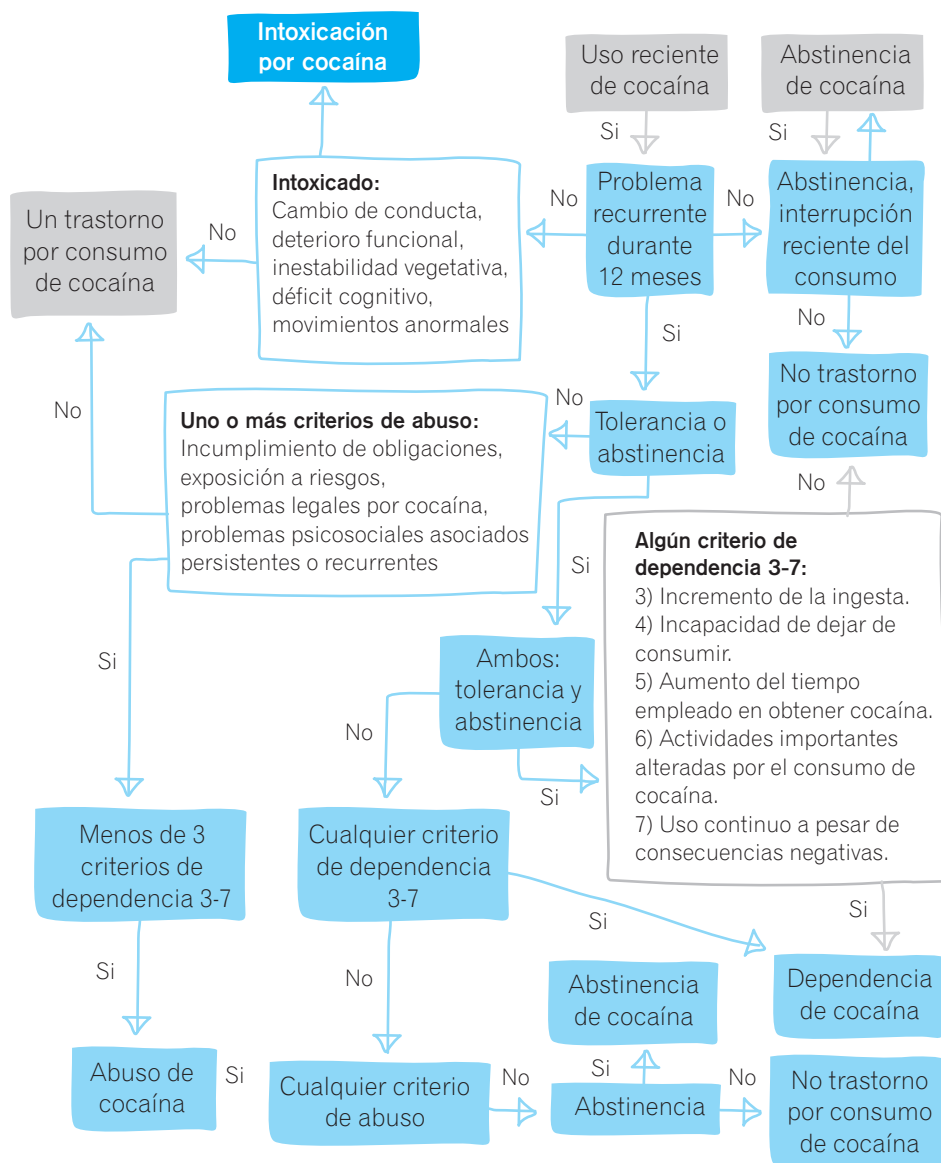
Es imprescindible realizar a todo paciente una historia médica, una exploración física y un examen complementario para lo que solicitaremos: hemograma, bioquímica sanguínea y hepática, ionograma, pruebas de función renal, de coagulación sanguínea y de sedimento urinario, la serología para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), serología de hepatitis B y C y serología de sífilis. En función de la sintomatología y de la exploración clínica se pedirá radiografía de torax (RX), mantoux y electrocardiograma (ECG). Si hay planteamiento de ingreso en comunidad terapéutica (CT) se pedirá RX y mantoux. Si VIH positivo se pedirá baciloscopia. Si patología psiquiátrica TSH y T4.

El diagnóstico (**Figura 1**) se realizará a través de la Clasificación Diagnóstica DSM-IV recogida dentro de las categorías Trastornos relacionados con el consumo de cocaína y Trastornos inducidos por el consumo de cocaína.

Siendo la Historia Clínica el principal instrumento diagnóstico de los trastornos por consumo de cocaína, existen otros instrumentos de diagnósticos estandarizados para valorar distintos aspectos de la cocainomanía como es el test de gravedad de la dependencia a cocaína (ASI) que habría que pasar a todo paciente.

Respecto a la medicación, es necesario el cumplimiento de las indicaciones aceptadas para la prescripción según la evidencia científica disponible.

Figura 1: Árbol de decisión para el diagnóstico de los trastornos por consumo de cocaína.



(Tomado de Jin CY, McCance-Katz. Sustance abuse: cocaine use disorder. En: Tasman A, Kay J, Lieberman JA. Psychiatry 2nd ed. Pp 1010-1036 Chischester (UK): Wiley.

7.2. Intervención Psicológica:

Es imprescindible realizar a todo paciente una exploración psicológica que incluirá análisis funcional de los síntomas (o de la situación) y cuestionarios psicodiagnósticos: si existe ansiedad se aplicará el cuestionario STAI, si existe trastorno de la personalidad, el MCMI II, así como un cuestionario general como es el SCL-90-R.

La inexistencia hasta la fecha de un tratamiento psicofarmacológico específico para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína ha contribuido a la profusión de múltiples abordajes psicoterapéuticos. En este sentido es necesario para cualquier tipo de intervención el cumplimiento de los criterios que definen un encuadre psicoterapéutico, así como la pertinencia técnica en cuanto a indicación y desarrollo.

7.3. Intervención Social:

Por demanda del paciente o cuando se detecten necesidades sociales, a través de citas programadas en siPASDA. Se realizará la historia social que permitirá llegar a un diagnóstico sociofamiliar y al establecimiento de una estrategia de intervención individual y a su mejor adaptación tanto social, laboral como familiar.

7.4. Intervención Familiar:

A demanda de la familia, o cuando se detecten, a través de la historia clínica, necesidades o preocupaciones familiares, así como un nivel de calidad de relaciones inadecuadas, lo que permitiría, tras un análisis funcional de las mismas, determinar las variables que contribuyen al mantenimiento del trastorno por consumo de cocaína, consiguiendo la implicación y compromiso de la familia en el tratamiento.

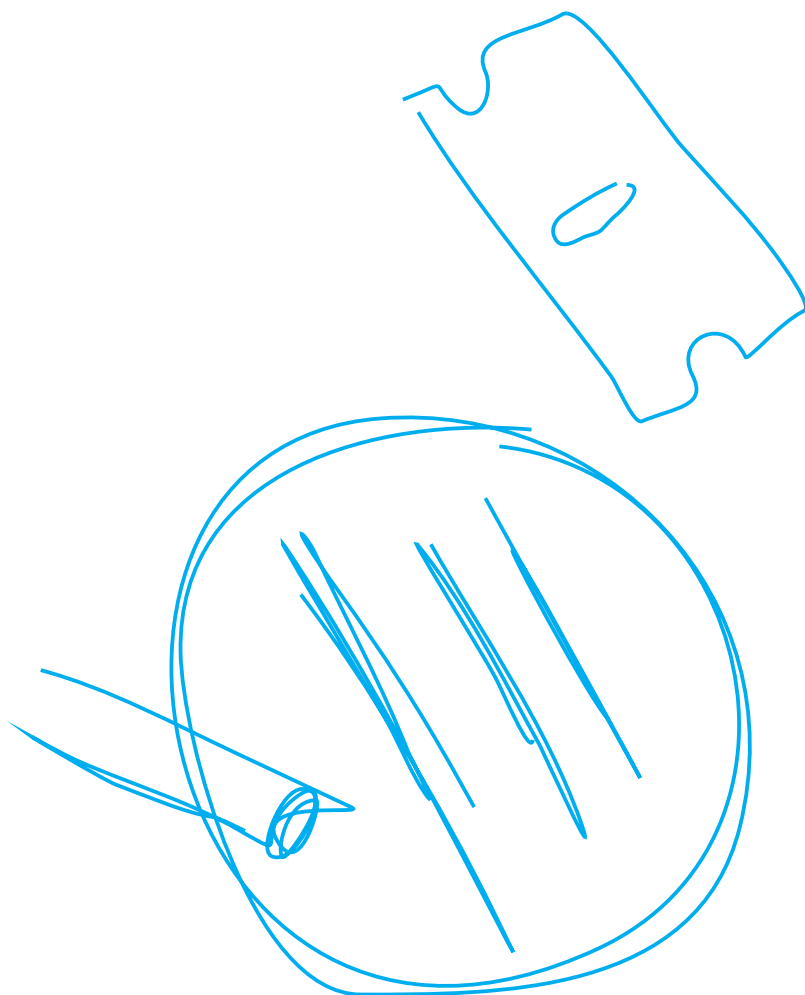
Se llevará a cabo por derivación al programa de atención a las familias que se está llevando a cabo por la Unidad de Drogas y Adicciones del CPD, a través de cita programada en siPASDA, registrándose en la historia clínica todas las intervenciones realizadas.

7.5. Intervención ocupacional:

Cuando demande el paciente o se detecten necesidades en este sentido, a través de cita programada con el/la trabajador/a social, ello permitirá la evaluación individual del caso, de las habilidades sociales, de las afinidades y de los hábitos ocupacionales del paciente, para el diseño de un plan de intervención individual. Es necesario registrar en su historia clínica todo estos datos, así como los informes de evolución del paciente en los talleres o programas ocupacionales y elaborar recomendaciones para la continuidad de las actuaciones.

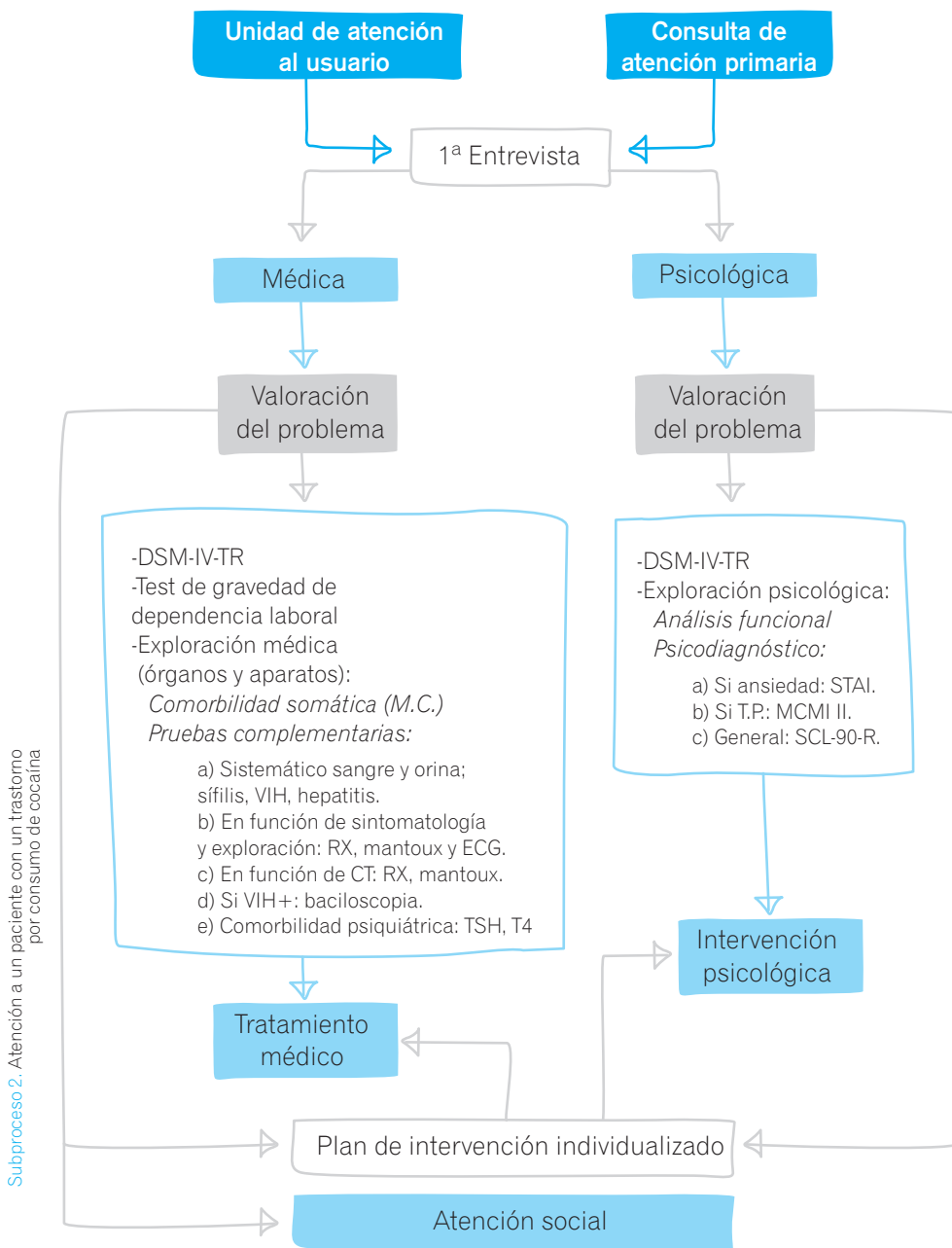
7.6. Planificación:

Para la planificación eficaz del tratamiento, es necesario determinar las diferentes áreas problema, así como una puntuación de gravedad de dichas áreas, y en su caso anticipar las posibles causas de recaída, centrándonos en la conducta del consumidor de cocaína. Ello nos permitirá saber en que aspectos ha existido una mayor progresión y en qué otras debemos introducir nuevas estrategias.



8. Diagrama de flujos

A continuación exponemos el esquema general de circulación del paciente que demanda atención por este subproceso.



9. Tratamiento

9.1. Tratamiento médico:

Antes de que el paciente inicie tratamiento médico es conveniente que éste de su consentimiento informado según lo establecido por la Ley 41/2002 sobre el derecho del paciente a la información, sobre su autonomía y sobre la historia clínica, estando sujeto además a la confidencialidad según lo establecido en la ley Orgánica de la protección civil del honor, la intimidad personal y familiar y la propia imagen, así como por las recomendaciones del Código de ética y deontología médica relativas al secreto profesional (**Anexo I**).

Al no existir tratamiento etiológico ni fisiopatológico específicos para los trastornos relacionados por consumo de cocaína, es por lo que éste será eminentemente sintomático, en relación al síndrome de abstinencia, según el modelo de Kléber y Gawing (**Anexo VI**). Es muy conveniente que desde el inicio se identifiquen los trastornos psiquiátricos concomitantes, los objetivos que pretendemos conseguir, los beneficios, los perjuicios y la interacciones posibles que puedan derivarse de la prescripción médica.

Deberá vigilarse el cumplimiento del tratamiento, los efectos adversos y la efectividad de los psicofármacos empleados.

A ningún fármaco se le puede atribuir el protagonismo de la acción terapéutica contra la cocaína por lo que las intervenciones psicosociales son imprescindibles para la prevenir los consumos, sobre todo al inicio del tratamiento.

Criterios para un tratamiento de desintoxicación:

- 1.-Presencia de efectos psicoactivos inducidos por cocaína.
- 2.-Presencia de efectos derivados de la abstinencia a cocaína.
- 3.-Necesidad de intervención para el reconocimiento por parte del paciente de la existencia de problema relacionado con el consumo de cocaína.
- 4.-Establecimiento de medidas para un aislamiento de la sustancia.
- 5.-Necesidad de medidas encaminadas a la anulación de la conducta de búsqueda de la sustancia.

Criterios para un tratamiento psicofarmacológico en función de los síntomas:

La selección de uso de psicofármacos en el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de cocaína deben hacerse desde una racionalidad que incluye por un lado el conocimiento de los ensayos clínicos controlados y por otro el de la naturaleza biológica de los síntomas que se quieren corregir.

Para ello deberán tenerse en cuenta en el tratamiento las siguientes pautas:

- Si existen síntomas de ansiedad: 1ª elección benzodiacepinas (BDZ) de vida media larga o inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) sedante. De segunda elección los anticominales más sedantes.
- Si existe síntomas depresivos: ISRS, venlafaxina.
- Si existe insomnio: Hipnóticos no BDZ, Trazodona o Mirtazapina.
- Si existe impulsividad: ISRS, trazodona, Topiramato u Oxcarbacepina.
- Si existe craving: Naltrexona. Los estudios muestran disparidad de resultados y no son concluyentes. El uso de Topiramato parece ser esperanzador.
- Si existen síntomas psicóticos: antipsicóticos (APS) atípicos.
- Si existe consumo de alcohol, abusos o dependencia: aversivos, siendo el disulfiran el más recomendado. Los resultados son mejores cuando se asocia a terapia cognitivo-conductual y el paciente es un varón.
- Posibilidad de uso de agonistas y antagonistas dopaminérgicos: una revisión de la evidencia científica de la Cochrane en 17 estudios (Soares y cols 2003) no apoya el uso de ninguna de estas sustancias en la cocaínomanía.
- Los antidepresivos no se consideran eficaces ni útiles en el tratamiento de la cocaínomanía según una revisión de la Cochrane en 18 estudios (Lima y cols. 2003). La experiencia con Venlafaxina es muy limitada (Foltin y cols 2003).

9.2. Tratamiento psicológico:

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADICCIÓN A COCAÍNA (NIDA 2001)

La terapia cognitivo-conductual para la adicción a cocaína, está basada en los principios de aprendizaje derivados de la psicología experimental. El aprendizaje está en la base de la adquisición y mantenimiento del consumo de cocaína, por lo que se asume, que también, a través de un aprendizaje adecuado de habilidades, la persona podrá abandonarlo. Como ventajas de este enfoque, podemos considerar las siguientes:

- Esta terapia es relativamente corta.
- El apoyo empírico que fundamenta la estabilidad de los efectos de la terapia cognitivo conductual incluso en las dependencias más severas.
- Es una terapia estructurada y flexible.
- Compatible con tratamiento farmacológico.

En realidad la Terapia Cognitivo Conductual trabaja con el paciente una serie de temas sobre habilidades que pueden ser tratados a lo largo de 12-16 sesiones durante 12 semanas. El número de temas es menor que el de sesiones con el objeto de que el terapeuta pueda flexibilizar la práctica y control de determinados temas que se consideren más importantes que otros.

La ausencia de un tratamiento farmacológico específico para la dependencia/abuso de cocaína, hace más importante la intervención psicológica, por lo que la aplicación de la presente terapia requiere la participación de profesionales de la psicología, no siendo susceptible de aplicación por otros profesionales.

Por otro lado, el diagnóstico y elaboración del programa que seguirá el paciente deberá ser consensuado por los distintos profesionales que se responsabilizarán del caso.

a) Estructura de las sesiones:

-En la intervención psicológica en adicción a cocaína, se establece la regla 20/20/20.

Durante los primeros 20 minutos:

- Evaluar el abuso de sustancias, craving y las situaciones de alto riesgo desde la última sesión.
- Escuchar o preguntar sobre las preocupaciones del paciente.
- Revisar y comentar la práctica llevada a cabo.

Los veinte minutos siguientes:

- Introducir y comentar el tema de la sesión.
- Relacionar el tema de la sesión con las preocupaciones actuales.

Los últimos veinte minutos:

- Explorar la comprensión del paciente y las reacciones ante el tema
- Asignar la práctica de un ejercicio para la semana siguiente.
- Revisar los planes para la semana y anticipar las posibles situaciones.

b) Instrumentos de evaluación:

Abuso de Sustancias:

- Índice de Severidad de la Adicción.
- Escala de Evaluación del cambio.
- Registros
- Cuestionario de actitudes y expectativas hacia el tratamiento.

Diagnóstico y síntomas psiquiátricos:

- Entrevista Clínica Estructurada para el DSM IV
- SCL-90-R.
- Inventario de Depresión de Beck.
- MCMI-II
- STAI.

c) Sesiones:

1ª Sesión:

En esta sesión se debería disponer de mayor tiempo que el habitual de una hora debido a la complejidad de las Intervenciones clave.

Objetivos:

- Establecer una relación con el paciente.
- Evaluar la naturaleza del consumo de la sustancia por parte del paciente y otros problemas que podrían ser factores importantes durante el tratamiento.
- Explicar en qué se basa teóricamente el tratamiento.
- Establecer la estructura de las sesiones restantes.

Intervenciones clave:

- Realizar la historia clínica y crear una relación terapéutica.
- Potenciar la motivación.
- Presentar el modelo de la TCC.
- Introducir el Análisis Funcional.
- Negociar los objetivos del tratamiento y el contrato terapéutico.
- Proporcionar una justificación teórica para Intervenciones clave adicionales fuera de la sesión.

2ª Sesión:

Objetivos:

- Comprender la experiencia de craving del paciente.
- Transmitir la naturaleza del craving como algo normal.
- Identificar las señales y los desencadenantes del craving.
- Enseñar y practicar técnicas de control de las sensaciones de urgencia para consumir y del craving.

Intervenciones clave:

- Reconociendo el craving.
- Identificación del desencadenantes.
- Evitación señales de craving.
- Afrontando el craving

3ª Sesión:

Objetivos:

- Reconsideración de los objetivos del tratamiento.
- Reconocer y tratar la ambivalencia con respecto a la abstinencia.
- Aprender a identificar y afrontar los pensamientos sobre cocaína.

Intervenciones clave:

- Análisis de razones.
- Estrategias de afrontamiento de pensamientos sobre la cocaína.

4ª Sesión:

Objetivos:

- Evaluar la disponibilidad de cocaína.
- Ruptura con los distribuidores

Intervenciones clave:

- Habilidades sociales

5ª Sesión:

Objetivos:

- Comprender las Decisiones Aparentemente Irrelevantes y sus relaciones con situaciones de alto riesgo.
- Identificar ejemplos de Decisiones Aparentemente Irrelevantes.
- Practicar la toma de decisiones segura.

Intervenciones clave:

- Toma de decisiones segura.

6ª Sesión:

Objetivos:

- Anticipación de las situaciones de alto riesgo futuras.
- Desarrollo de un plan de afrontamiento personal genérico.

Intervenciones clave:

- Llevar a cabo un plan de afrontamiento.

7ª Sesión

Objetivos:

- Introducir o revisar las etapas básicas de la resolución de problemas.
- Practicar las habilidades de resolución de problemas.

Intervenciones clave:

- Etapas básicas
- Práctica de habilidades.

8ª Sesión

Objetivos:

- Revisar y aplicar las habilidades de resolución de problemas ante las dificultades psicosociales.
- Desarrollar un plan de apoyo concreto para enfocar los problemas psicosociales.

Intervenciones clave:

- Identificación del problema
- Delimitación del objetivo
- Modificación de los recursos
- Especificación de un plan.
- Control del progreso.

9ª Sesión:

Objetivos:

- Evaluar conductas de riesgo con respecto al VIH
- Definición de cambios conductuales.
- Obstáculos para la reducción del riesgo.
- Directrices para una reducción del riesgo.

Intervenciones clave:

- Motivación para el cambio
- Planificación de objetivos.
- Barreras en la resolución de problemas.

10ª Sesión

Objetivos:

- Revisión del plan y los objetivos del tratamiento
- Retroinformación del terapeuta
- Retroinformación de los pacientes

Intervenciones clave:

- Identificación de áreas en las que se han conseguido los objetivos
- Áreas deficitarias.
- Habilidades aprendidas y habilidades susceptibles de mejora.
- Análisis de las preocupaciones del paciente.

A lo largo de la intervención, se podrá llevar a cabo una sesión con personas significativas para el paciente.

Objetivos:

- Aprender sobre el tratamiento
- Ayudar a la terapia.

Intervenciones clave:

- Planificación previa.
- Proporcionar información y establecimiento de objetivos
- Identificación de estrategias.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIÓN A COCAÍNA DESDE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

El modelo de ACT que se expone por apartados de manera exclusivamente didáctica, asume otra postura no tan coincidente con la intervención desde los modelos cognitivo-conductuales. Si bien es obligación de los profesionales ofrecer intervenciones avaladas por el desarrollo científico, como es el caso de los dos modelos de intervención propuesto en este subproceso, la terapia de aceptación y compromiso parte de otras premisas distintas. Así, mientras los modelos cognitivo-conductuales potencian las premisas culturales tales como que los pensamientos y sentimientos son la causa de su sufrimiento, o que para vivir plenamente deben aprender a manejar sus eventos privados; en cambio, la Terapia de Aceptación y Compromiso se orienta a la actuación de la persona centrándose en sus valores, es decir, enfatiza lo que es importante para la persona y resulta incompatible con la búsqueda de la reducción de síntomas o control de eventos privados de manera exclusiva.

Desde ACT se promueve una terapia basada en los valores del paciente y persigue alterar las funciones de determinados eventos que pueden ser la base de determinados trastornos, en nuestro caso, las conductas adictivas. El reciente desarrollo de esta terapia, no exento de aval científico, hace que la introduzcamos brevemente, al objeto de seguir potenciando la formación en este nuevo quehacer terapéutico.

El desarrollo de ACT distingue 6 fases:

- a) Desesperanza Creativa: en esta fase se trata de eliminar los repertorios que suponen evitación para eliminar el problema del paciente.
- b) El control es el problema: se le enseña al paciente que los intentos de

control son el propio problema y es donde el terapeuta debe intentar que el paciente deje de hacer lo que hacía para solucionar el problema.

c) Construyendo la Aceptación: se trata de desmontar el lenguaje con sus funciones y su relación con las emociones o pensamientos o recuerdos del paciente.

d) El Yo como contexto: intenta la construcción del yo como persona, como centro desde el que actuar y diferenciarlo del resto de eventos.

e) Valores: elegir una dirección.

f) Estar dispuesto y compromiso: compromiso del paciente con el cambio de conducta, no por las instrucciones del terapeuta, sino por las conclusiones y decisiones a las que llega el paciente.

Estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso

-Metáforas: se convierten en un instrumento muy útil por la facilidad de su recuerdo, incluso porque permite participar al propio paciente en la creación de las mismas. Nos permiten disminuir la eficacia de los “pliance” (seguimiento de reglas mediadas por otros).

-Ejercicios Experienciales: con estos ejercicios pretendemos que el paciente contacte con pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones, etc. normalmente evitados.

Estas estrategias se introducen en la terapia en función de las metas a perseguir estando estas plenamente ligadas a los objetivos y valores planteados por el paciente en las sesiones de evaluación.

-Paradojas: se plantean como contradicciones entre lo que decimos y la conducta no controlable verbalmente, por ejemplo cuando decimos a un chico joven “no obedezcas” o en consulta decimos “no te pongas nervioso”

Las fases que se trabajan en terapia se pueden desarrollar simultáneamente, así como las estrategias que se emplean pueden estar presentes de manera simultánea en la sesión, teniendo siempre como meta los valores del paciente.

10. Ámbito de aplicación de los tratamientos

10.1. Criterios para tratamiento ambulatorio:

- 1.-Acceder a la demanda del paciente.
- 2.-Nivel motivacional adecuado.
- 3.-Tiempo de consumo no muy largo.
- 4.-Soporte familiar adecuado y útil como recurso terapéutico.
- 5.-Disposición a un aislamiento activo consentido.
- 6.-Disposición a colaborar en el proceso terapéutico.
- 7.-No existencia de ninguna enfermedad somática que lo desaconseje.
- 8.-Familia con capacidad para el manejo de determinados fármacos.
- 9.-Test de gravedad de la dependencia a cocaína

10.2. criterios para una desintoxicación hospitalaria:

- 1.-Imposibilidad de cesar en el uso de cocaína a pesar de intentos ambulatorios.
- 2.-Síntomas orgánicos y psicológicos que requieran observación y tratamiento (psicóticos, depresivos, etc.).
- 3.-Posibilidad de un síndrome de abstinencia a cocaína grave.
- 4.-Ausencia de soportes psicosociales adecuados para facilitar la interrupción del uso de cocaína.
- 5.-Presencia de una situación vital que refuerza poderosamente el uso de cocaína.
- 6.-Falta de capacidad para mejorar la motivación a la interrupción del consumo de cocaína por negación del problema.
- 7.-Fracasos repetidos de tratamientos ambulatorios.
- 8.-Test de gravedad de la dependencia a cocaína.

10.3. Criterios para un deshabitación ambulatoria:

- 1.-Motivación del paciente para la implicación en su recuperación.
- 2.-Familia estructurada y útil en su recuperación.
- 3.-Entorno social adecuado y favorecedor de la integración del paciente.
- 4.-Disponibilidad de una correcta ocupación del tiempo.
- 5.-Que el paciente así lo demande.

10.4. Criterios para deshabitación en medio cerrado:

- 1.-Que el paciente lo demande.
- 2.-Incapacidad del paciente de lograr los objetivos planteados en deshabitación a nivel ambulatorio.
- 3.-Familia desestructurada que aporta poco apoyo o dificulta la recuperación del paciente.
- 4.-Necesidad de abandono por parte del paciente del entorno social en el que se encuentra.
- 5.-Motivación adecuada para permanecer ingresado el tiempo que se considere necesario.
- 6.-Aceptación, por parte del paciente y de su familia, del ingreso.
- 7.-Disponibilidad para el cumplimiento de normas.
- 8.-Obligación judicial.

11. Seguimiento terapéutico

El seguimiento terapéutico se llevará a cabo a través de citas programadas, tanto médica como psicológica, la primera a la semana de iniciado el tratamiento, para ir espaciándolas en función de la estabilización del paciente, pero nunca más de tres meses.

Se valorará la abstinencia, la toma de la medicación, la mejora de los síntomas, los efectos adversos o indeseables de la medicación, la comorbilidad psiquiátrica, la conducta, las relaciones interpersonales y las relaciones familiares. Se valorará el retomar las actividades interrumpidas, las ideas y los planes de futuro.

Igualmente, el nivel de concienciación sobre el problema, el nivel de motivación, el nivel de introspección, el nivel de autoeficacia y las expectativas personales respecto al cambio, así como el grado de consecución de los objetivos y la necesidad de ir planteando otros, según el siguiente esquema de trabajo:

Primeras dos semanas: (Psicólogo/a y Médico/a)

- Cese de la conducta de consumo
- Evitación de las situaciones relacionadas con el consumo.
- Control médico y psicológico de la sintomatología relacionada con la abstinencia.
- Estabilidad personal de acuerdo a los valores del paciente.

- Proceso terapéutico como consecución de pasos intermedios.
- Resolución de crisis provocadas por el consumo de cocaína
- Formulación del plan terapéutico.

Primer y segundo mes: (Psicólogo/a y apoyo médico)

- Información sobre la conducta adictiva
- Aceptación de la conducta adictiva
- Propuesta de abstinencia estable.
- Control de los síntomas psicopatológicos con propuesta terapéutica del profesional responsable.
- Apoyo familiar.
- Inicios en el cambio de estilo de vida.

Tercer mes: (Psicólogo/a)

- Información sobre el proceso de recaída.
- Cambios de estilo de vida firmes y dificultades.
- Identificación eventos internos.
- Abstinencia estabilizada.
- Valoración de aspectos sociales.

Cuarto mes: (Psicólogo/a)

- Culminación de los cambios en estilos de vida.
- Manejo de situaciones a nivel interno y externo.
- Finalización del trabajo con familia

12. Finalización

12.1. Por alta del paciente:

Mejoría al haberse alcanzado los objetivos planteados, con recuperación estable y mejora a nivel conductual. Por ello sería conveniente comunicar tanto al paciente como a la familia, en su caso, la evolución seguida y los motivos del alta. De igual modo se deberá de informar a su médico/a de cabecera de la decisión adoptada a través del sistema *Diraya* en la hoja de seguimiento o bien a través de informe, para su conocimiento.

12.2. Por abandono:

Cuando el paciente decide no acudir a citas, dándole de alta en el sistema de registro siPASDA a los seis meses de la última cita. Sería conveniente informar de este hecho a su médico/a de cabecera a través del sistema *Diraya* en la hoja de seguimiento, para que lo tuviese en cuenta y con ello poder actuar en caso de acudir a su consulta por otro motivo de salud.

12.3. Por derivación a otro recurso de segundo nivel en la atención a las drogodependencias y adicciones, fuera de la provincia (otro CPD o CCD):

Nunca será dado de alta si es derivado a un recurso de tercer nivel en la atención a las drogodependencias y adicciones (CT,VAT, VAES, etc.). Sí se le dará por finalizado el proceso de atención si acude a otro recurso dentro de la provincia que no pertenezca a la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

13. Bibliografía

- Aranda JM. Y cols. (2002) "*Proceso asistencial integrado ansiedad, depresión, somatizaciones*". Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.
- Caballero L., (2005) "*Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*". Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Mejías E. y cols. "*Atención Primaria de Salud ante las Drogodependencias*". Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Spitz I H, Rosecan S. (1990) "*Abuso de cocaína: nuevos enfoques en investigación y tratamiento*". Ediciones en Neurociencias.
- Palomo T. et al. "*Trastornos adictivos*". Avances Neurocientíficos y realidad clínica III. Fundación Cerebro y Mente.
- Sociedad Española de Toxicomanías "*Diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas basadas en la evidencia*". VIII Congreso Nacional de la Sociedad española de Toxicomanías. Sociedad Española de Toxicomanías. Cádiz 22 a 24 de Noviembre 2001.
- Gawin Farnk H., MD. Khalsa Elena M., M. D., Ph. D, Everett Ellinwood, Jr., M.D., Ph.D. "*Estimulantes*". Capítulo 8 del Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press de Marc Galanter. Herbert D. Cléber. Editorial Masson. 1997.
- Comisionado para las Drogodependencias. (2002) "*Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía*". Consejería de Asuntos Sociales. Julio de 2002. Sevilla.
- Cobos L, De Miguel M, García R, Santiago H. (2000) "*Protocolos de Actuación en Drogodependencias*". Centro Provincial de Drogodependencias. Diputación de Córdoba. Córdoba.
- Santo-Domingo, J. Jiménez-Arriero M.A. "*Consenso de la Sociedad española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones*". Sociedad Española de Psiquiatría. Octubre 2003.
- DSM-IV TR.
- Bobes, J. Y cols. "*Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica*". Ars Médica. 3ª edición 2004.
- Martínez, J. (2006) "*Adicción a cocaína*". Unidad didáctica II del curso on-line Conductas Adictivas en Psiquiatría. Esteve.
- Bobes, J. Casas, M. Gutiérrez, M. (2003). "*Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*". Ars Médica.
- Salazar, M. Peralta, C. Pastor, J. (2005) "*Tratado de psicofarmacología, bases y aplicación clínica*". Editorial Panamericana.
- Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. (2002) "*Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*". Editorial Panamericana.
- Pérez L., Reyes MJ., Hernández JF. (1996) "*Cocaína: adicción y terapéutica*". Biblioteca Básica Dupont Pharma para el médico de atención primaria". Dupont Pharma.
- López y cols. "*¿Cómo evolucionan las personas con dependencia de cocaína que están en tratamiento?. Estudio a tres y seis meses*". Adicciones 2006. Vol 18 núm 4-pags 327-336.
- Tómas S. Y cols (2007) "*Barreras de accesibilidad al tratamiento: diferencias entre adictos a la heroína y adictos a la cocaína de la Comunidad Valenciana*". Trastornos adicti-

vos.2007;9(3):206-14.

-López y cols. (2007) *"Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica"*. Trastornos adictivos. 2007;9(3):215-27.

-Casas M. (2007) *"Psicofarmacología de las drogodependencias"*. IX curso de Psiquiatría. Esteve.

-Wilson, K y Luciano, C. (2001): *"Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valores"*. Madrid. Piramide.

-Carroll, K.M. (2001) *"Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a cocaína"*. Madrid. FAD-CITRAN.

-APA (1996): *"DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"*. Barcelona. Masson.



Índice

1	Justificación	59
2	Definición del subproceso	60
3	Inicio del subproceso	61
4	Tipologías diagnósticas que se abordan en este subproceso según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV TR	61
5	Cooperación con otros profesionales de salud	61
6	Abordaje	62
7	Intervención	62
8	Diagrama de flujos	65
9	Valoración diagnóstica en el alcoholismo	66
10	Tratamiento	67
11	Ámbito de aplicación de los tratamientos	80
12	Seguimiento terapéutico	81
13	Finalización	83
14	Bibliografía	84

Subproceso 3. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de alcohol



Atención a un paciente con un trastorno por consumo de alcohol

1. Justificación

Durante los últimos veinte años hemos vivido extraordinariamente preocupados por la evidencia del aumento de la disponibilidad de opiáceos ilegales y por el dramático incremento de los problemas sanitarios y legales relacionados con la población consumidora, habiéndonos olvidado que el principal problema adictivo que padece "el mundo civilizado" es el relacionado con el abuso y la dependencia del alcohol.

Es un sentir común y una necesidad de todos los profesionales que se interesan por los problemas relacionados con el consumo de alcohol el poder gestionar y comunicar a la sociedad cómo prestar la mejor y máxima atención a dicho problema, un esfuerzo

que debe ser realizarse, si se desea que sea efectivo y eficiente, uniendo los avances científicos y nuevas técnicas, y al cambio de percepción de la sociedad respecto al alcoholismo.

El proceso de atención a pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol pretende mejorar el nivel de bienestar y el nivel de funcionamiento del paciente y de sus familias con respuestas operativas en atención a sus necesidades, desde un modelo de servicios integrados: médico/a, psicólogo/a y de trabajo social, que permita asegurar que el enfermo reciba el tipo y nivel de cuidados apropiados a su patología y a sus necesidades.

El modelo garantiza la efectividad de las actuaciones a través de una adecuada atención de calidad por parte de los profesionales que intervienen desde una mayor integración y coordinación entre todos y dando continuidad a los cuidados que se precisan.

Hoy adquiere cada vez más importancia considerar que la propia red de atención a los problemas relacionados con el consumo de alcohol, puede contribuir en ocasiones a agravar el proceso desde la falta de asertividad. El interés de muchos profesionales por la atención que estos pacientes precisan, la descoordinación existente entre los recursos de distintos ámbitos y la excesiva medicalización de la respuesta que se le viene dando, apuntan en esta línea.

Es por lo que consideramos que el trabajo basado en un proceso de atención a los problemas relacionados con el consumo de alcohol, debe permitir dar respuestas acordes a las necesidades del paciente desde planteamientos como:

- *Una atención continuada.*
- *Calidad y trabajo en equipo.*
- *Incorporar las diferentes modalidades de tratamiento de que se dispone en el momento actual desde intervenciones integrales.*
- *Conexión entre los diferentes dispositivos y servicios de la red asistencial.*
- *Coordinación de estrategias y de programas entre profesionales.*
- *Fomento y complementariedad de los programas sanitarios y sociales destinados a grupos y colectivos.*

2. Definición del subproceso

Atención a personas que demanden asistencia por un problema relacionado con el consumo de alcohol y atención a consumidores de otro tipo de drogas, en los que el alcohol sea la droga principal.

3. Inicio del subproceso

Se inicia en el mismo momento en que el paciente demanda atención a su médico de cabecera o bien porque éste detecta la existencia de un posible problema relacionado con el consumo de alcohol, o es un familiar el que demanda información y/o ayuda al tener un miembro de su familia con esta problemática. En estos casos se derivarán al equipo de atención ambulatoria del CPD o por petición de consulta a través de la Unidad de Atención al Usuario.

4. Tipologías diagnósticas que se abordan en este subproceso según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR)

- Trastorno por abuso de consumo de alcohol.
- Trastorno por dependencia al alcohol.
- Trastorno por intoxicación de alcohol.
- Trastorno por síndrome de abstinencia al alcohol.
- Alteraciones del sueño, ansiedad por consumo de alcohol.
- Alteraciones del estado de ánimo por consumo de alcohol.
- Alteraciones del comportamiento por consumo de alcohol.
- Problemas sociojudiciales por consumo de alcohol.
- Alteración del rendimiento y del funcionamiento personal por consumo de alcohol.
- Problemática familiar generada por persona consumidora de alcohol.
- Necesidades psicosociales en una persona consumidora de alcohol.

5. Cooperación con otros profesionales de salud

Si existe comorbilidad psiquiátrica, se le aplicará el proceso asistencial de patología dual, valorándose la posibilidad de derivación al Equipo de Salud Mental correspondiente, ello con conocimiento de su médico de cabecera o a través de informe recogido en un P10, donde se indicará un juicio diagnóstico de presunción, los medicamentos prescritos, la posología, la pauta a seguir y las recomendaciones necesarias. Además, los resultados de análisis solicitados, el momento del programa en el que se encuentra, los tipos de intervenciones y derivaciones a la unidad de desintoxicación hospitalaria en su caso, o a comunidad terapéutica, así como otras interconsultas que se consideren oportunas.

En el caso de disponer de acceso a *Diraya*, lo anterior se recogerá en la hoja de seguimiento correspondiente al día y fecha de atención del paciente.

6. Abordaje

El abordaje de pacientes alcohólicos será multidisciplinar en función de cada problemática que presente el paciente y su entorno.

Para ello es necesario una buena coordinación entre todos los profesionales de los equipos de tratamiento ambulatorio de la UDA-CPD, al objeto de dar respuestas accesibles a través de citas programadas: agenda del sistema *Diraya*; Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud; o de la agenda siPASDA si es desde el/la trabajador/a social de la Unidad de Drogodependencias y Adicciones, o bien desde la Red de Servicios Sociales Comunitarios.

Se mantendrán reuniones de coordinación de los equipos de tratamiento ambulatorio de la UDA-CPD, como mínimo cada dos semanas. En éstas se determinará el plan terapéutico individual (PTI), se evaluará de manera continuada el grado de consecución de los objetivos planteados, o el cambio de estrategia en caso de no ser satisfactoria la evolución que sigue el/la paciente.

7. Intervención

Se procederá a la recogida de datos para la historia clínica que incluirá consumos de alcohol y de otras drogas y una historia psiquiátrica con atención particular a la secuencia temporal entre síntomas psiquiátricos y consumo de alcohol.

7.1. Intervención médica:

Es imprescindible realizar a todo paciente una historia médica, una exploración física y un examen complementario para lo que solicitaremos: hemograma con especial atención al volumen corpuscular medio (VCM) y a la AST, bioquímica sanguínea y hepática, ionograma, pruebas de función renal, de coagulación sanguínea y de sedimento urinario, serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de la hepatitis B y C y de la sífilis. En función de la sintomatología y de la exploración clínica se pedirá RX, mantoux y ECG. Asimismo si se plantea Comunidad Terapéutica (CT) se pedirá radiografía (RX) de tórax y mantoux. En el caso de VIH positivo baciloscopia. Así como si existe patología psiquiátrica TSH y T4.

El diagnóstico se realizará a través de la Clasificación Diagnóstica DSM-IV TR recogida dentro de las categorías Trastornos Relacionados y Trastornos Inducidos por el consumo de alcohol.

La historia clínica es el principal instrumento diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol, existiendo otros instrumentos de diagnósticos estandarizados para valorar distintos aspectos de la dependencia al alcohol como es la escala de gravedad clínica de la adicción (Euroasis) que habrá de pasarse a todos los pacientes.

La medicación requerirá del necesario cumplimiento de las indicaciones aceptadas para la prescripción según la evidencia científica disponible.

Si no existe indicación aceptada, siempre será necesario que cualquier prescripción esté avalada por evidencia científica según estudios y en todo caso por evidencia clínica.

7.2. Intervención psicológica:

Es imprescindible realizar a todo paciente una exploración psicológica que incluirá análisis funcional de los síntomas (o de la situación) y cuestionarios psicodiagnósticos: si existe ansiedad STAI, si existe trastorno de la personalidad MMPI y un cuestionario general como es el SCL-90, así como la escala multidimensional de craving de alcohol (EMCA) que mide tanto el deseo de beber alcohol como la desinhibición de la conducta alcohólica (Guardia Serecigni y cols 2004, 2006, 2007) .

La inexistencia hasta la fecha de un tratamiento psicofarmacológico eficaz para los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ha contribuido a la profusión de múltiples abordajes psicoterapéuticos. Respecto a la psicoterapia a aplicar es necesario el cumplimiento de los criterios que definen un encuadre psicoterapéutico, así como de la pertinencia técnica en cuanto a su indicación y desarrollo.

7.3. Intervención social:

A demanda del paciente o cuando se detecten necesidades sociales, por derivación a través de citas programadas. Se realizará historia social que permitirá llegar a un diagnóstico sociofamiliar y establecer estrategias de intervención individual para una mayor adaptación tanto social, laboral como familiar del sujeto.

7.4. Intervención familiar:

Por demanda de la familia o cuando se detecten, a través de la historia familiar, necesidades o preocupaciones familiares, o un nivel de relaciones inadecuado, lo que permitirá tras su análisis determinar las variables que contribuyen al mantenimiento del trastorno por consumo de alcohol, procurando la implicación y compromiso de la familia en el tratamiento.

Se llevará a cabo por derivación al programa de atención a familias registrándose en su historia todas las intervenciones realizadas.

7.5. Intervención ocupacional:

Cuando se detecten necesidades en este sentido, se derivarán al trabajador/a social, procediéndose a una evaluación individual de habilidades sociales, afinidades y de hábitos ocupacionales del paciente, para el diseño de un plan de intervención individual.

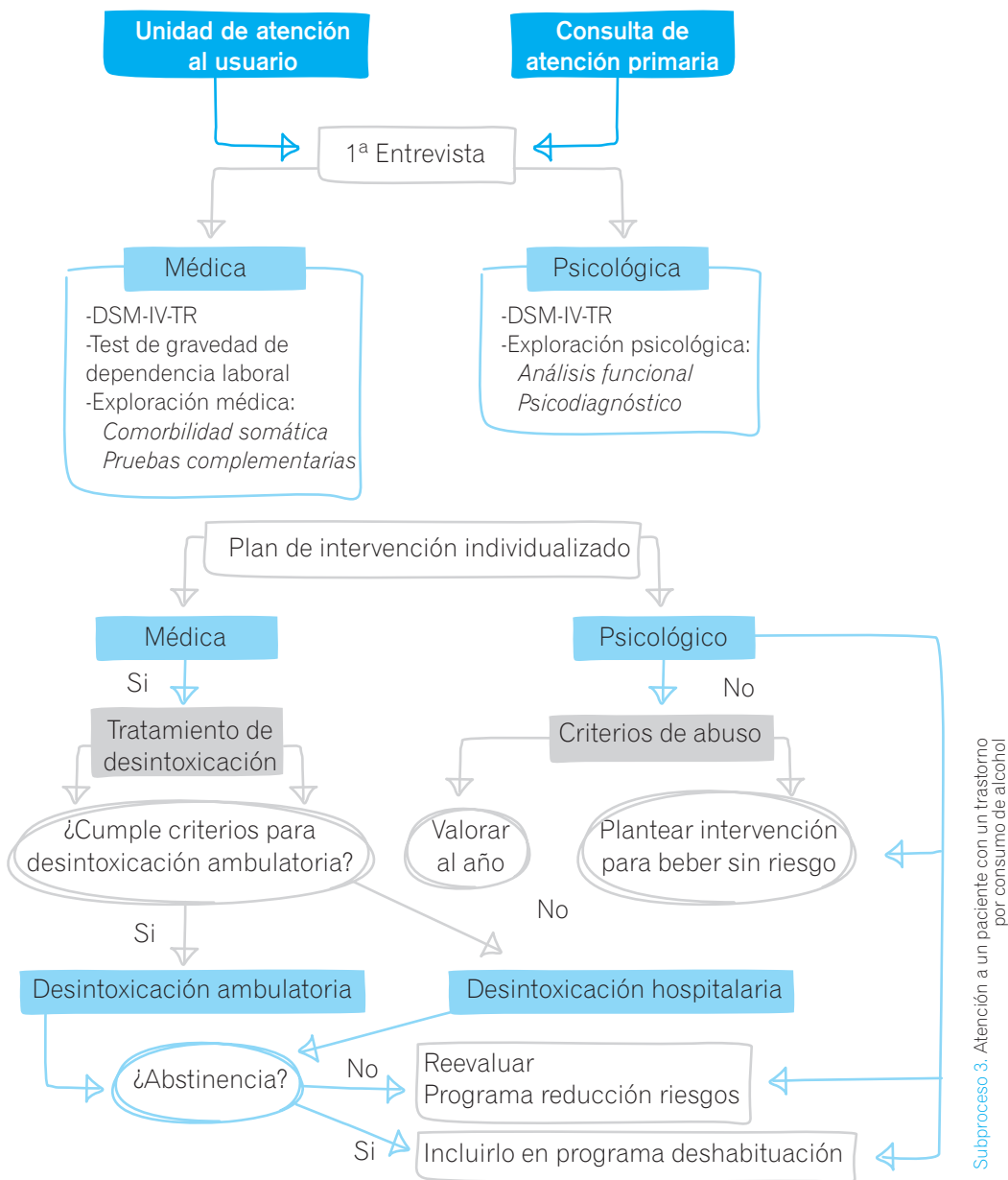
Se llevará a cabo por derivación al CPD, a través de cita programada en el SGC del siPASDA. Es necesario registrar en su historia clínica todo estos datos , así como los informes de evolución del paciente en los talleres o programas ocupacionales y elaborar recomendaciones para la continuidad de las actuaciones.

7.6. Planificación:

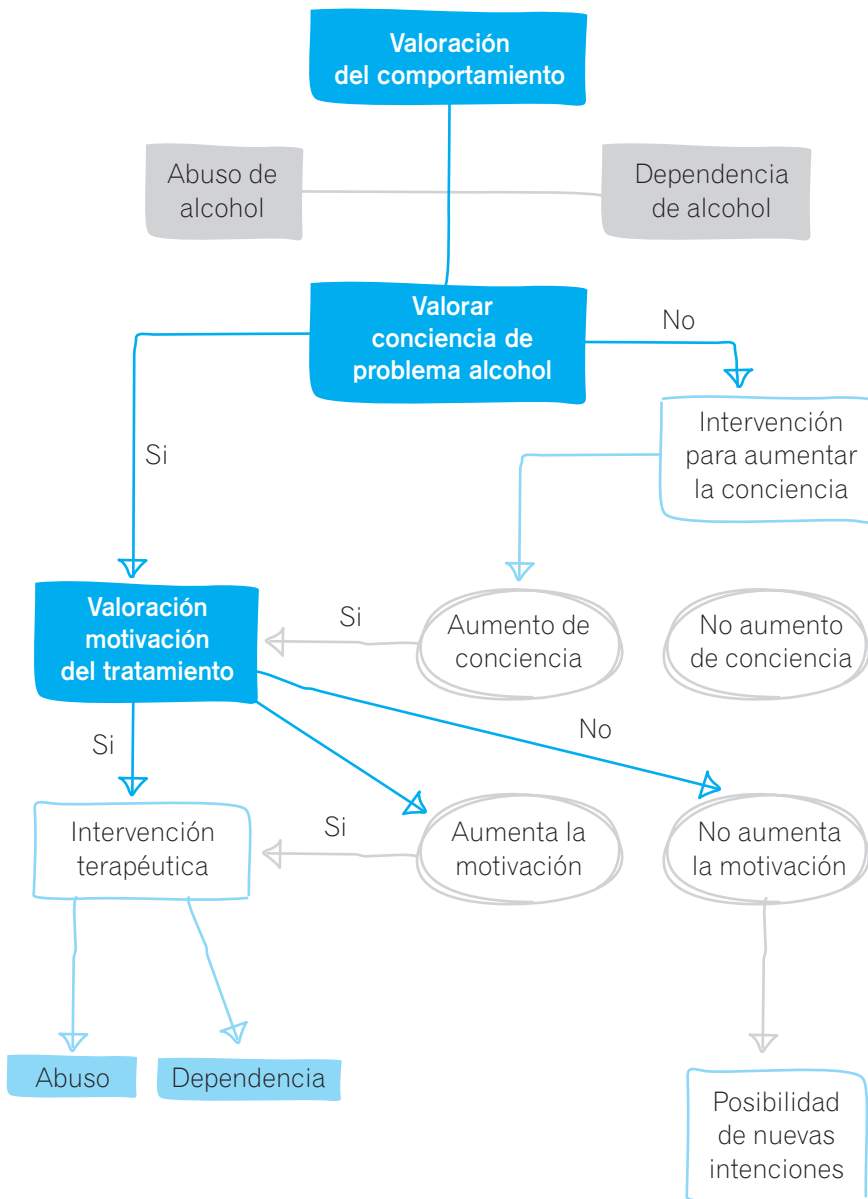
La planificación en el tratamiento nos orientará para determinar las diferentes áreas problema, así como la puntuación sobre la gravedad de dichas áreas, en su caso anticipando las posibles causas de recaída si nos centramos en la conducta de beber. Ello permitiría saber en qué aspectos ha existido una mayor progresión y en qué otros debemos introducir nuevas estrategias.

8. Diagrama de flujos

A continuación exponemos el esquema general de circulación del paciente que demanda atención por este proceso.



9. Algoritmo para la valoración psicodiagnóstica en el alcoholismo



Subproceso 3. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de alcohol

10. Tratamiento

Antes de que el paciente inicie tratamiento médico es conveniente que éste de su consentimiento informado. (Anexo I).

10.1. Tratamiento médico:

Como objetivos terapéuticos a conseguir en el tratamiento del alcoholismo tendríamos, a corto plazo la desintoxicación entendida como la supresión de la ingesta, evitación-superación del síndrome de abstinencia alcohólica (S.A.A.) y el tratamiento de la patología orgánica asociada y en su caso intervención social. Se pretende a medio plazo la abstinencia absoluta sostenida y a largo plazo la recuperación integral del paciente

Tratamiento farmacológico en la desintoxicación:

- Valoración del Síndrome de Abstinencia Alcohólica: Escala de SOLER P.A. (Anexo VII) o la CIWA-AR, (grado de recomendación A), (Anexo VIII).
- Si el paciente presenta una puntuación menor a 10 en la escala CIWA-AR, se considera que no necesita ningún tratamiento farmacológico (grado de recomendación A).
- Restablecer equilibrio hidroelectrolítico: hipomagnesemia, hipokaliemia e hipofosfatemia.
- Aporte de vitaminas B1, B6, B12 y ácido fólico sin esperar a que existan síntomas de déficit siendo recomendable que los primeros días se administren por vía parenteral (nivel de evidencia 1) . Recordar que la administración de tiamina debe ser previo a la administración de glucosa en caso de hipoglucemia ya que si no se puede deplecionar más la tiamina y provocar un cuadro de encefalopatía de Wernicke.
- Debe realizarse siempre un tratamiento farmacológico en el síndrome de abstinencia leve-moderado.
- No existe evidencia científica según metaanálisis de que un tratamiento sea superior a otro.

1. **Clometiazol.** El clometiazol tiene mayor riesgo de dependencia que las benzodiacepinas por menor tolerabilidad y mayor gravedad de las interacciones si se consume alcohol (nivel de evidencia 1).

Día	Pauta 1	Pauta 2	Pauta 3	Pauta 4
1	2-2-3	3-3-4	4-4-4-4	Parental: 4 gramos i.v. en suero
2	2-2-2	3-3-3	4-3-3-4	
3	1-2-2	3-2-3	3-3-3-3	
4	1-1-2	2-2-3	3-3-3	
5	1-1-1	1-1-3	3-2-3	
6	1-0-1	1-1-2	2-2-3	
7	0-0-1	1-1-1	2-1-3	
8	0-0-1	1-0-1	1-1-3	
9	0-0-0	1-0-1	1-1-2	
10		0-0-1	1-1-1	
11		0-0-0	1-0-1	

2. Benzodiacepinas. Las Benzodiacepinas, especialmente las de vida media larga, ofrecen mayor grado de evidencia sobre eficacia y tolerabilidad que cualquier otro tratamiento alternativo o complementario, recomendándose su uso ante síntomas claros de síndrome de abstinencia alcohólica o ante el riesgo de convulsiones o de *delirium tremens* (nivel de evidencia 1).

Las benzodiacepinas pueden administrarse con tres pautas diferentes, dosis inicial alta y única, dosis pautada durante los diferentes días, y dosis proporcional a la gravedad de los síntomas de abstinencia, evaluados mediante el CIWA-AR. Esta última es la más recomendable en pacientes sin complicaciones médicas actuales o sin antecedentes de gravedad previa. Con ella se acorta la dosis y el tiempo de tratamiento (nivel de evidencia 1).

Ante pacientes ancianos o pacientes con compromiso hepático, o cuando deba evitarse una sedación excesiva, son de elección las benzodiacepinas de vida media corta o intermedia, como el lorazepam (grado de recomendación A).

Fármaco	Dosis inicial	Inicio efecto	Duración efectos	Semivida
Lorazepam	1-5 mg/6 h	Intermedio	Intermedio	10-20 h
Oxazepam	30-120 mg/ 6 h	Lento	Corta	3-21 h
Clordicepóxido	25/100 mg/6 h	Intermedio	Prolongada	5-30 h
Diazepam	4-20 mg/6h	Rápido	Prolongada	20-50 h

Regímenes específicos terapéuticos con benzodiacepinas:

- Altas dosis de benzodiacepinas en los días 1-3: Diacepan 40 mg o más, loracepan 8 mg o más. Reducción de la dosis en el 25% diario.
- En casos severos: diacepan 10-20 mg cada hora hasta alcanzar una adecuada sedación, reducir la dosis en un 25% diariamente.
- Tratamiento del delirium tremens: diacepan, 20 mg i.v. inicialmente, después 5 mg cada 5-10 minutos hasta sedación.
- Pauta de 4 días: diacepan 20 mg cada 6 h el primer día, 20 mg cada 8 h el segundo día, 20 mg cada 12 horas el tercer día y 20 mg cada 24 horas el 4 día.

3. Carbamacepina y otros agentes anticomiciales.

- No existe suficiente evidencia de eficacia referida a los anticomiciales y el mayor volumen de la disponible se refiere a la carbamacepina y al ácido valproico (nivel de evidencia 3), y tienen mayores limitaciones de uso que las benzodiacepinas por presentar posibles y graves reacciones hepáticas y hematológicas (nivel de evidencia 1).
- Los anticonvulsivantes podrían tener efecto anti-kindling que impidiera la progresiva escalada de gravedad de sucesivos episodios de síndrome de abstinencia alcohólica (nivel de evidencia 3).
- Similar en eficacia a la BZD en el SAA leve y moderado.
- No se recomienda como monoterapia.
- El ácido valproico, la gabapentina y la vigabatrina han demostrado ser más eficaces que el placebo. Un ensayo clínico controlado ha comprobado la efectividad del topiramato para reducir el craving y el consumo de alcohol (grado de recomendación B).

4. Agonistas alfa adrenergicos.

- Se utiliza de forma conjunta con BZD (nivel de evidencia 1).
- Dosis: 0,2 mg/8h. Vigilar la tensión arterial (TA).
- Síntomas sobre frecuencia cardiaca y tensión arterial.

5.-Antagonistas beta adrenérgicos.

- Es poco utilizado.
- Síntomas adrenérgicos del SAA.
- En asociación con BZD (nivel de evidencia 1).

6. Neurolepticos.

- En combinación con BZD.
- Pacientes agitados y con alucinaciones.

7. Magnesio.

- Es poco utilizado como opción terapéutica.

8. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

- No existe evidencia científica de su utilidad. Un ensayo clínico controlado ha comprobado que la fluoxetina puede ser de utilidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos que presentan depresión mayor (Cornelius y cols, 1997) (grado de recomendación B).
- Un ensayo clínico controlado ha comprobado que la sertralina puede ser de utilidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos de inicio tardío (Pettinati y cols, 2000). Pero tanto la sertralina como la fluoxetina pueden empeorar la evolución de los pacientes alcohólicos de inicio precoz (Pettinati y cols. 2000; Kranzler y cols. 1996) (grado de recomendación B).

Farmacoterapia en deshabituación:

1. Aversivos.

- Requiere la firma previa de un consentimiento informado por parte del paciente y si es posible también por un familiar (grado de recomendación C).
- Incrementan la eficacia si la toma es supervisada (grado de recomendación B).
- Incrementa eficacia se van asociados a intervención psicosocial (grado de recomendación B).
- Desaparece su eficacia cuando se suspende el tratamiento.

2. Anticraving.

2.1. Acamprosato:

- Evidencia clínica de su eficacia: los ensayos controlados con acamprosato para el tratamiento del alcoholismo han comprobado que producen una mejoría en la tasa de abstinencia y en los días acumulados de abstinencia de bebidas alcohólicas, por tanto sería de mayor utilidad para el tratamiento dirigido a la abstinencia continuada (Bouza y cols.,2004.) (nivel de evidencia 1).
- Dosis 1998 mg día, según peso.

2.2. Naltrexona:

- La revisión de Cochrane 2003 ha confirmado la eficacia de naltrexona en comparación con placebo (Volpicelli 1992, O'Malley 1992, Volpicelli 1997, Chik 2000, Cristal 2001) (Srisurapanont y Jarusuraisin, 2005) (nivel de evidencia 1).
- Los diversos estudios controlados y metanálisis con naltrexona para el tratamiento del alcoholismo han comprobado que: la naltrexona en dosis de 50 mg día durante 12 semanas, es eficaz para el tratamiento del alcoholismo. Disminuye el número de días de bebida. Disminuye la tendencia a volver a beber y a recaer en dependencia alcohólica. Reduce el craving del alcohol. Los efectos de la naltrexona aparecen ligados a la presencia del fármaco. La eficacia en tratamientos mantenidos a medio o largo plazo es superior al placebo. Sería recomendable mantener el tratamiento más de tres meses y siempre asociado a intervenciones psicosociales (Srisurapanont y Jarusuraisin, 2005) (nivel de evidencia 1).
- Existe evidencia clínica de su eficacia aun después de su retirada.
- Dosis 50 mg día.
- Posibilidad de su uso para disminución de riesgos y un beber controlado.

3. Antidopaminérgicos.

- Los estudios son poco concluyentes.
- La tiapride que puede ser de utilidad para el tratamiento de desintoxicación, se podría mantener durante las primeras semanas de recuperación del alcoholismo, incluso con posibilidad de ser asociado a fármacos antiepilépticos (grado de recomendación C).

4. Antiserotonérgicos.

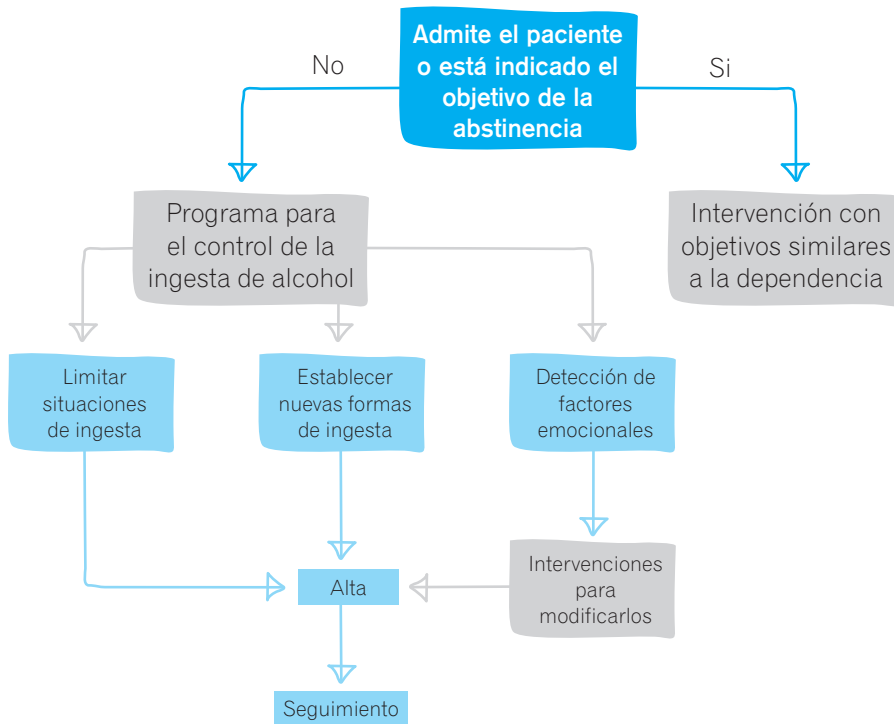
-Los estudios son poco concluyentes.

-Un ensayo clínico controlado ha comprobado que la fluoxetina puede ser de utilidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos que presentan depresión mayor (Cornelius y cols, 1997) (grado de recomendación B).

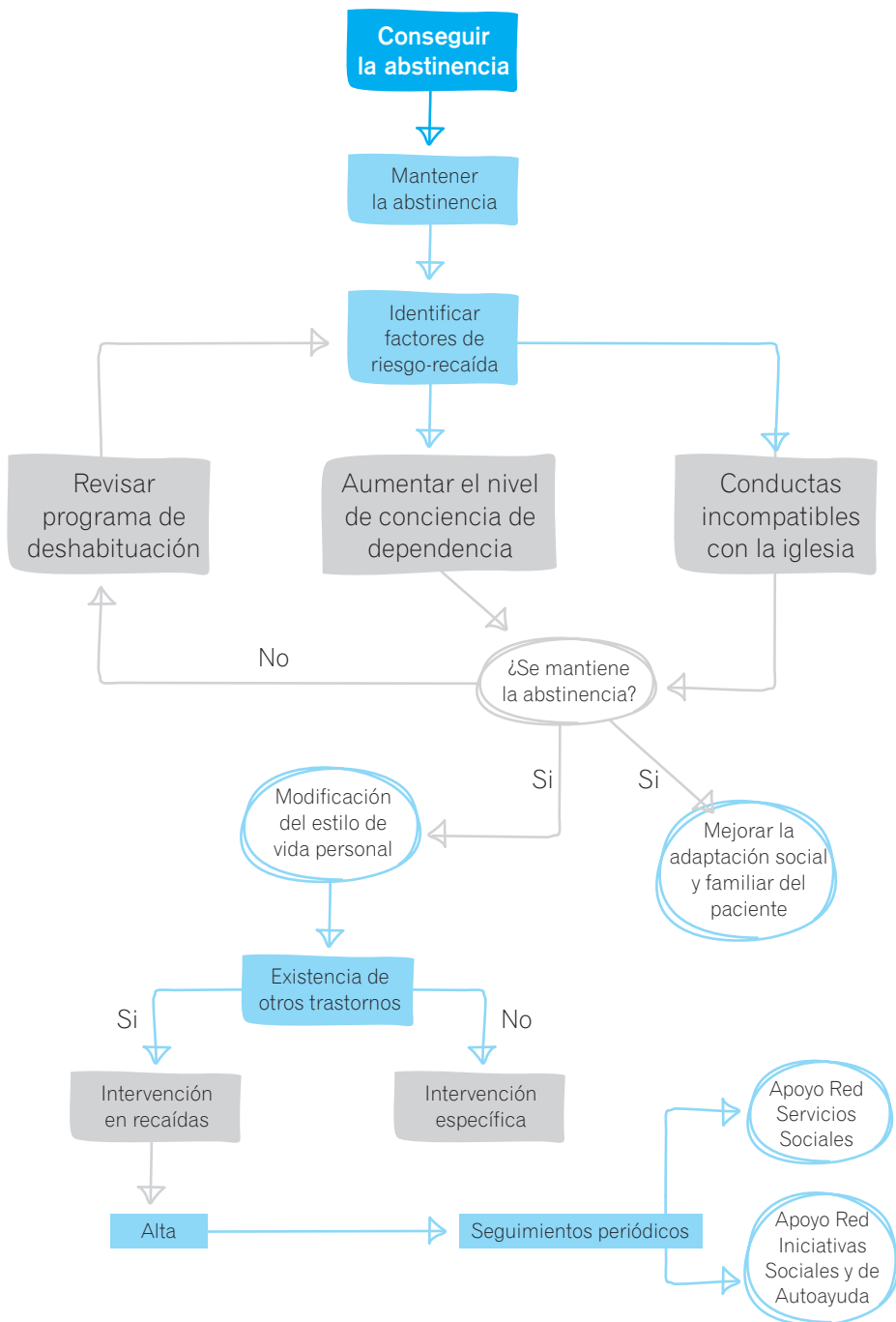
-Un ensayo clínico controlado ha comprobado que la sertralina puede ser de utilidad para el tratamiento de los pacientes alcohólicos de inicio tardío (Pettinati y cols, 2000). Pero tanto la sertralina como la fluoxetina pueden empeorar la evolución de los pacientes alcohólicos de inicio precoz (Pettinati y cols. 2000; Kranzler y cols. 1996) (grado de recomendación B).

10.2. Tratamiento psicológico:

Algoritmo para la intervención psicoterapéutica en el abuso del alcohol:



Algoritmo para la intervención psicoterapéutica en la dependencia alcohólica:



Subproceso 3. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de alcohol

La intervención psicológica en alcoholismo tiene como objetivos el dismantelar defensas mal adaptativas, motivar para el cambio la enseñanza de estrategias para prevenir las recaídas manteniendo la adherencia al tratamiento e incrementando su competencia y favorecer la calidad de vida del paciente, reduciendo, en su caso, la posible comorbilidad psiquiátrica. Deberá consensuarse previamente con el paciente y sustentarse en un marco científico que avale la actividad de los profesionales.

La intervención psicológica ha de basarse en los distintos modelos avalados científicamente dirigiéndose profesionalmente a la consecución de la abstinencia y/o reducción de daños que provoca el consumo de alcohol.

Los abordajes psicoterapéuticos para intervención en alcoholismo más recomendados por la Asociación Americana de Psiquiatría son, entre otros: el abordaje motivacional; la terapia cognitivo-conductual; técnicas facilitadoras basadas en los 12 pasos; la terapia familiar y de pareja con un grado de recomendación A; la terapia de grupo con un grado de recomendación B; la terapia psicodinámica y la terapia interpersonal, con un grado de recomendación C.

Los tratamientos psicoterapéuticos con mayor evidencia para el tratamiento del alcoholismo en una revisión exhaustiva llevada a cabo por Miller y cols (2002) incluyen: intervenciones breves (abordaje motivacional), entrenamiento en habilidades sociales, refuerzo comunitario, contrato conductual y la terapia conductual de pareja.

Por tanto, la intervención psicoterapéutica en alcoholismo se establece y desarrolla de la siguiente forma: (*Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo 2007*).

-Objetivos de la intervención:

- a) *Mantener la adherencia terapéutica.*
- b) *Prevenir recaídas.*
- c) *Incrementar la competencia y calidad de vida del paciente.*
- d) *Reducir la posible comorbilidad psiquiátrica.*

-Factores que intervienen en el resultado de los estudios y variables que pueden contaminar los resultados.

- a) *Falta de estandarización de la técnica y proceso terapéutico.*
- b) *Variables dependientes de los terapeutas que las aplican.*
- c) *Variables dependientes de los pacientes (subtipos, motivación, etc.)*
- d) *Complejidad de la interpretación de los resultados.*

-No existe un tratamiento psicoterapéutico que muestre una validación incuestionable.

-Los tratamientos psicoterapéuticos aceptados como de mayor utilidad, según la evidencia científica disponible, son:

a) Los de Chambless et al 1998: Abordaje de refuerzo comunitario, terapia conductual de pareja más disulfiran, entrenamiento en habilidades sociales en pacientes ingresados.

b) Los de Miller y Cols 2002 (Proyecto Mesa Grande): intervenciones breves (abordaje motivacional), entrenamiento en habilidades sociales, abordaje de refuerzo comunitario, contrato conductual, terapia conductual de pareja.

c) Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2005): Grado de recomendación I (alto o sustancial): terapia cognitiva conductual (TCC), abordaje motivacional, técnicas basadas en los 12 pasos, terapia familiar y de pareja. Grado de recomendación II (moderado): terapia de grupo. Grado de recomendación III (casos concretos): terapia psicodinámica, terapia interpersonal.

Descripción de tratamientos más utilizados:

1. **Terapia cognitiva-conductual:**

-Grado de recomendación A.

-Demuestra utilidad tanto sola como combinada con psicofarmacoterapia aunque no existe un consenso claro en la segunda opción.

-Menor tasa de abandono.

-Mejores ratios de abstinencia.

-Objetivos:

a) Identificar el craving.

b) Identificar las situaciones de riesgo.

c) Incrementar el autocontrol.

d) Dotar de habilidades para manejar situaciones de riesgo.

-Técnicas más utilizadas:

a) Prevención de recaídas.

b) Autocontrol.

c) Entrenamiento en habilidades.

d) Motivacionales.

e) Desensibilización sistemática.

2. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:

- Grado de recomendación A.
- Esta basado en la teoría del aprendizaje social.
- Objetivos:
 - a) Aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentarse a situaciones de riesgo.*
- Técnicas:
 - a) Prevención de recaídas.*
 - b) Habilidades sociales.*
 - c) Manejo del craving.*
 - d) Manejo del estado de ánimos.*
- Puede ser aplicado de manera individual o grupal.
- Comienzan las sesiones valorando la vulnerabilidad tanto individual como sociocultural como biológica.
- Mejores resultados en sujetos con una dependencia leve, con poco deterioro personal y social y solo si forman parte de un tratamiento integrado.

3. Prevención de recaídas:

- Grado de recomendación A.
- Puede ser aplicado tanto individual como grupal.
- Objetivos:
 - a) Información para aumentar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad.*
 - b) Mejorar el nivel de concienciación sobre la misma.*
 - c) Identificar situaciones de riesgo.*
 - d) Enfrentarse a dichas situaciones.*
 - e) Promover cambios de hábitos.*
 - f) Aumentar la competencia del paciente.*
- Estrategias:
 - a) Reestructuración cognitiva.*
 - b) Manejo de deslices.*
 - c) Técnicas de control de estímulos.*
 - d) Manejo de situaciones de emergencia.*

-Técnicas:

a) Instrucciones directas para el manejo afectivo.

b) Modelado.

c) Role Plays.

d) Análisis de role plays.

e) Reconducción de procesos cognitivos

-Su efectividad aumenta con psicofarmacología; disulfiran o naltrexona.

4. Entrenamiento en habilidades sociales:

-Grado de recomendación A.

-Objetivo: conseguir un estilo de comunicación asertivo y eficaz, un estilo que resulte efectivo para manejarse en situaciones de riesgo.

-Se trabaja tanto individual como grupalmente.

-Más eficaz en pacientes con dependencia leve, sin episodios explosivos de consumo.

5. Intervención motivacional:

-Grado de recomendación A.

-Objetivo: aumentar la motivación intrínseca del sujeto, aumentar la motivación y el compromiso para cesar el consumo y aceptar el tratamiento.

-Más eficaz en consumidores leves y en consumidores de riesgo.

-Probablemente se adquieran los beneficios más tardíamente que otras técnicas, aunque a medio plazo (3 años) desaparecen estas diferencias.

6. Exposición a estímulos:

-Grado de recomendación B.

-Mejores resultados cuando se combinan con técnicas de afrontamiento.

-Muy útil cuando lo que se pretende conseguir es un consumo controlado.

7. Abordaje de refuerzo comunitario:

-Grado de recomendación A.

-Objetivo:

a) Conseguir la abstinencia mediante la disminución del refuerzo positivo que le supone el beber y aumentar el refuerzo positivo que le suponen el mantenerse sin beber.

-La abstinencia es más gratificante que el consumo.

-Estrategias:

a) Construcción de la motivación para la abstinencia.

b) Ayuda para la abstinencia inicial.

c) Análisis funcional del consumo.

d) Incremento de refuerzos positivos.

e) Aprendizaje de conductas de afrontamiento.

f) Implicación de figuras significativas en el proceso.

8. Terapia conductual de pareja:

-Grado de recomendación A.

-En los casos en los que la relación está deteriorada o no existen habilidades de comunicación.

9. Terapia basada en los 12 pasos:

-Grado de recomendación C.

-Para pacientes que presentan alcoholismo severo.

-Pacientes que presentan un gran deterioro afectivo o cognitivo.

-Preocupación acerca del sentido de su vida.

-Mayores necesidades de afiliación.

-Mayores habilidades de enfrentamiento.

-Comorbilidad psiquiátrica mínima.

-Mayor nivel de espiritualidad.

-Enfatiza la abstinencia absoluta y el reconocimiento de la enfermedad.

10. Terapias grupales:

-Grado de recomendación B.

-Permite:

-Efecto modelado.

-Generaliza las experiencias.

-Aumenta el potencial de aprendizaje de estrategias y de concienciación.

-Ejerce un papel de control externo.

-Facilita la detección de recaídas.

-Mejora la adherencia a los 6 meses y no a los 12 meses.

-Mejora la relación coste beneficios.

11. Intervención breve:

-Objetivos:

a) Conseguir periodo de abstinencia corto (2 semanas).

b) Valorar si aparecen o no síntomas de abstinencia.

c) Identificar las situaciones generadoras de craving.

-Estrategias:

a) Beber en menor cantidad que lo que supone riesgo.

b) Beber a menor velocidad que lo que suponen riesgo.

c) Autoregistros: monitorizar el comportamiento relacionado con el beber.

Adaptación de técnicas psicoterapéuticas en función del paciente:

-Severidad de la dependencia:

a) Alta severidad: 12 pasos.

b) Baja severidad: TCC.

-Entorno y apoyo socio-familiar:

a) Entorno desfavorable: 12 pasos.

b) Entorno protector: motivacional.

c) Presencia de sintomatología depresiva: peor pronóstico.

d) Adaptación de terapeuta a las características de paciente.

e) En pacientes agresivos, terapia no directiva: motivacional.

- f) Pacientes con grandes resistencias: motivacional.*
- g) Pacientes con trastornos comorbidos de ansiedad: peores resultados.*
- h) Codependencia con cocaína: intervención grupal.*
- i) Alcoholismo más esquizofrenia: motivacional.*
- j) Pacientes con trastorno de personalidad grave, límite o anti-social, o grave deterioro cognitivo: no TCC.*
- k) El asesoramiento previo puede redundar en la eficacia del tratamiento.*
- l) Actitud del terapeuta: empática.*
- m) Mejorarán las respuestas: la edad, la implicación de la familia y/o de la pareja en el tratamiento, el nivel profesional del paciente y el nivel de satisfacción que experimente el paciente respecto del tratamiento.*

11. Ámbito de aplicación de los tratamientos

11.1. Criterios para tratamiento ambulatorio:

- Buen nivel de motivación y mentalización sobre el problema.
- Ausencia de patología orgánica que lo contraindique.
- Presencia de un síndrome de abstinencia alcohólico ligero o moderado según el cuestionario CIWA-AR (menos de 20 puntos).
- Existencia de un soporte familiar útil como recurso terapéutico.
- Capacidad familiar para manejar determinados fármacos.
- Antecedentes de tratamientos anteriores con evolución favorable.
- Ausencia de patología psiquiátrica grave.
- Acceder a la demanda del paciente.

11.2. Criterios para una desintoxicación hospitalaria:

- Acceder a la demanda del paciente.
- Bajo nivel de motivación.
- Existencia de patología orgánica que requiera una vigilancia continuada.
- Existencia de patología psiquiátrica grave que suponga riesgo personal.
- Presencia de un cuadro de abstinencia grave según el cuestionario CIWA-AR (más de 20 puntos).

- Antecedentes de crisis convulsivas previas.
- Coexistencia de consumos de benzodiacepinas.
- Existencia de antecedentes de lesión cerebral.
- No existencia de soporte familiar adecuado.
- Tratamientos ambulatorios previos sin evolución favorable.
- Incapacidad familiar para el manejo de determinados fármacos.

11.3. Criterios para una deshabitación ambulatoria:

- Motivación del paciente para la implicación en su recuperación.
- Familia estructurada y útil como recursos para implicarse en su recuperación.
- Entorno social adecuado y favorecedor de la integración del paciente.
- Disponibilidad para una correcta ocupación del tiempo.

11.4. Criterios para deshabitación en medio cerrado:

- Incapacidad del paciente de lograr los objetivos planteados en deshabitación a nivel ambulatorio.
- Familia desestructurada que aporta poco apoyo o dificulta la recuperación.
- Necesidad de abandono, por parte del paciente, del entorno social en el que se encuentra.
- Motivación adecuada para permanecer ingresado el tiempo que se determine.
- Aceptación, por parte del paciente y su familia de su ingreso.
- Disponibilidad para el cumplimiento de normas.
- Por obligación judicial.

12. Seguimiento terapéutico:

El seguimiento terapéutico se llevará a cabo a través de citas programadas, tanto médica como psicológica, la primera a la semana de iniciado el tratamiento, para ir espaciándolas en función de la estabilización del paciente, pero nunca más tarde de tres meses.

Se valorará la abstinencia, la toma de la medicación, la mejora de los síntomas, los efectos adversos o indeseables de la medicación, la comorbilidad psi-

quiátrica, la conducta, las relaciones interpersonales, las relaciones familiares.

Se valorará el retomar las actividades interrumpidas, las ideas y los planes de futuro.

Se tendrá en cuenta igualmente el nivel de concienciación sobre el problema, el nivel de motivación, el nivel de introspección, el nivel de autoeficacia y las expectativas personales respecto al cambio, así como el grado de consecución de los objetivos y la necesidad de ir planteando otros.

Primeras dos semanas: (Psicólogo/a y médico/a)

- Cese de la conducta de Consumo
- Evitación de las situaciones relacionadas con el consumo.
- Control médico y psicológico de la sintomatología relacionada con la abstinencia.
- Estabilidad personal de acuerdo a los valores del paciente.
- Proceso terapéutico como consecución de pasos intermedios.
- Resolución crisis provocadas por el consumo de alcohol.
- Formulación plan terapéutico.

Primer mes y segundo mes: (Psicólogo/a y apoyo médico)

- Información sobre la conducta adictiva
- Aceptación de la conducta adictiva
- Propuesta de abstinencia estable.
- Control síntomas psicopatológicos con propuesta terapéutica profesional responsable.
- Apoyo familiar.
- Inicios en el cambio del estilo de vida.

Tercer mes: (Psicólogo/a)

- Información del proceso de recaída.
- Cambios de estilo de vida firmes y dificultades.
- Identificación eventos internos.
- Abstinencia estabilizada.
- Valoración aspectos sociales.

Cuarto mes: (Psicólogo/a)

- Culminación de los cambios en los estilos de vida.
- Manejo de situaciones a nivel interno y externo.
- Finalización del trabajo con familia.

13. Finalización

13.1. Por alta del paciente:

Mejoría al haberse alcanzado los objetivos planteados, con recuperación estable y mejora a nivel conductual. En este caso sería conveniente comunicar tanto al paciente como en su caso a la familia, la evolución seguida y los motivos del alta. De la misma manera es necesario informar a su médico de cabecera de esta decisión adoptada a través del sistema *Diraya* en la hoja de seguimiento del paciente, o en su defecto a través de P10.

13.2. Por abandono:

Cuando el paciente decide no acudir a citas programadas, dándole de alta en el sistema de registro siPASDA a los seis meses de la última cita. Es conveniente informar de este hecho a su médico de cabecera para que lo tenga en cuenta y con ello poder actuar en caso de que el paciente acuda a su consulta por otro motivo de salud.

13.3. Por derivación a otro recurso de segundo nivel en la atención a las drogodependencias y adicciones, fuera de la provincia de Córdoba (otro CPD o CCD).

Nunca será dado de alta si es derivado a un recurso de tercer nivel en la atención a las drogodependencias y adicciones (CT, VAT, VAES, etc.). También finalizará el proceso de atención si acude a otro recurso dentro de la provincia que no pertenezca a la red de atención a las drogodependencias.

14. Bibliografía

- Bobes, J.; Casa, M.; Gutiérrez, M. (2003) *"Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias"*. Ars Médica.
- Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007) *"Alcohol"*. Informes de la Comisión Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Madrid.
- Santo-Domingo, J.; Jiménez-Arriero, M.; (2003) *"Consenso de la Sociedad española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones"*. Sociedad española de Psiquiatría. Grupo Bristol-Myers Squibb.
- García E, Mendieta S., Cervera G., Fernández JR. (2003) *"Manual SET de Alcoholismo"*. SET. Editorial Panamericana.
- Rubio, G.; Santo-Domingo J.; (2001) *"Curso de especialización en alcoholismo"*. Universidad Autónoma de Madrid, SET, FAD, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Portella E., Ridao M., Carrillo E., Ribó C., Salvat M. (1988) *"El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico"*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- San L., Torrens M., *"Instrumentos diagnósticos en alcoholismo"*. En: Casas M., Guirrierez M., Samz L., Ed Psicopatología y Alcoholismo. Barcelona: Ediciones en Neurociencias: 177-207.
- Rodríguez-Martos, A. (1986) *"El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios"*. Fons informatiu nº2. Ajuntament de Barcelona. 1986.
- Rubio G., Urosa B., Rubio MC., Ulibarri S., Mata F. (1996) *"Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia al alcohol en la población española"*. Anales de Psiquiatría 1996; 12: 285-289.
- Guardia J, Jiménez-Arriero M, Pascual P, Flórez G, Contel M. (2007) *"Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo"*. Editado por Socidrogalcohol. 2007.
- Ann H., Davis C. (1988). *"Assesment of expectancies in Assessment of addictive behaviours"*, editado por D. Donova y G. Marlhat. Pp 84-111.
- Bandura, A. (1983). *"Principios de Modificación de Conducta"*. Ed. Sígueme.
- Bandura, A. (1984). *"Teoría del Aprendizaje Social"*. Espasa Universitaria.
- Berne E. (1983). *"Introducción al Tratamiento de Grupo"*. Ed. Grijalbo, Barcelona.
- Calvo, R. (1985). *"Tratamiento Conductual del Alcoholismo"*. En Análisis y Modificación de Conducta. Madrid. UNED.
- Cautela J. R. y Groden J. (1985). *"Técnicas de Relajación"*. Martínez Roca S.A. Barcelona.
- Carwright D., Zander A. (1980). *"Dinámica de Grupos. Investigación y Teoría"*. Ed. Trillas. México.
- Comité de expertos de la OMS. (1990). *"Consumo de Alcohol y Problemas concomitantes. Problemas relacionados con el consumo de alcohol"*. Ginebra.
- Gual A. (1990) *"Terapia grupal en enfermos alcohólicos. Evaluación experimental de su eficacia"*. Libro de ponencias XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Barcelona.
- Craighead W.E., Kazdin A. E., Mahoney M. S. (1984). *"Influencias cognoscitivas en la Modificación de Conducta"*. En Modificación de Conducta: Principios, Técnicas y Aplicaciones. Omega.

- Davis F. (1976). *"La comunicación no verbal"*. Alianza Editorial.S.A. Madrid.
- Dryden W.; Ellis A. (1989). *"Práctica de la terapia Racional Emotiva"*. D. D. B. Bilbao.
- Edwards G. (1986). *"Tratamiento de alcohólicos"*. Ed. Trillas. México.
- Ellis A. ; Grieger R. (1981). " Manual de Terapia Racional Emotiva". D. D. B. Bilbao.
- Ellis A. (1980). *"Razón y Emoción en Psicoterapia"*. D. D. B. Bilbao.
- Ellis A. y Cols. (1992). *"Terapia Racional Emotiva con Alcohólicos y Toxicómanos"*. D.D.B. Bilbao.
- Feuerlein W. (1982). *"Alcoholismo, Abuso y Dependencia. Introducción para médicos y asistentes sociales"*. Ed. Salvat. Barcelona.
- Freixa F. y Soler Insa P.A. (1981). *"Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario"*. Fontanella. Barcelona.
- García García V. y Cols. (1988). *"Ansiedad y Adaptación de enfermos alcohólicos ingresados en el Hogar-Acali de Córdoba"*. Socidrogalcohol. Valladolid.
- Gual A. y Martínez M. (1986). *"Psicoterapia de Grupo en alcohólicos, Una teoría evolutiva"*. Informaciones Psiquiátricas. n.100,.
- Gual A. , Ortega, LL., (1989a). *"Factores de adherencia al tratamiento en los pacientes alcohólicos"*. Libro de Conferencias y Ponencias de V Congreso Iberoamericano sobre Drogodependencias y Alcoholismo, pp: 65-79. Madrid.
- Gual A. Martínez M., Bach L. L. (1992). *"Protocolos de Intervención desde la atención primaria en problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas"*. Avances en Drogodependencias II. Socidrogalcohol. Córdoba.
- Hansen J. C. et al. (1981). *"Asesoramiento de grupos"*. El Manual moderno. México.
- Hodgson R. y Miller P. (1984). *"La Mente Drogada"*. Ed. Debate. Madrid.
- Jeffrey A. Kelly. (1992). *"Entrenamiento de las habilidades sociales"*. D. D. B. Bilbao.
- Lazarus R. ; Folkman S. (1987). *"Estrés y Procesos Cognitivos"*. Martínez Roca. Barcelona.
- Guardia Serecigni y cols. *"Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo"*. Socidrogalcohol. 2007.
- Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.(2007). *"Guía Clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol"*. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2007
- APA (1996): *"DSM-IV Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales"*. Barcelona. Masson.



Índice

1	Justificación	91
2	Bases del trabajo	92
3	Definición	93
4	Inicio del subproceso	93
5	Tipologías diagnósticas	93
6	Cooperación con otros profesionales de salud	94
7	Abordaje	94
8	Intervención	94
9	Diagrama de flujos del proceso	99
10	Diagrama de flujos de los subprocesos	101
11	Tratamientos psicológicos en patología dual	121
12	Seguimiento terapéutico	123
13	Finalización	123
14	Bibliografía	124

Subproceso 4. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual



Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual

1. Justificación

Los pacientes con diagnóstico de patología dual están más discapacitados y requieren más recursos terapéuticos que los que sólo tienen un diagnóstico por abuso de sustancias u otro tipo de trastorno psiquiátrico aislado. Además, tienen un mayor riesgo de suicidio, de quedarse sin hogar, de tener otros problemas legales o médicos y de hospitalizaciones más prolongadas y frecuentes. Las dificultades diagnósticas que plantean estos pacientes repercuten en que el tratamiento no llegue a ser completo. Así, los centros de tratamiento suelen estar especializados en psiquiatría o bien en drogodependencias, pero no en ambas disciplinas, con lo cual el paciente difícilmente obtiene la respuesta terapéutica apropiada pu-

Subproceso 4. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual

diendo quedar fuera del sistema asistencial. Este subproceso pretende paliar esta circunstancia.

Este perfil de drogodependientes conlleva profesionalmente la necesidad de modificar las opciones de intervención para ser atendidos de forma específica, ya que a diferencia de otros drogodependientes, tienen más dificultad para mantenerse en los tratamientos, lo que supone abandonos antes de concluir los tres primeros meses. Por esta razón, y conociendo la importancia de establecer una buena adherencia al tratamiento, es imprescindible analizar cada caso de manera pormenorizada a fin de concretar un diagnóstico dual capaz de mostrarnos la clínica que explica gran parte de las dificultades que nos encontramos los profesionales día a día en nuestro trabajo. Sin este análisis multifactorial, la evaluación podría llevarnos a obtener una imagen errónea de cada paciente y como consecuencia el desarrollo de intervenciones inadecuadas. Es imprescindible realizar una evaluación correcta que identifique la dualidad cuando este presente, minimizando:

- La no consecución por parte del paciente de las indicaciones terapéuticas.*
- Uso erróneo de psicofármacos en ocasiones de forma abusiva.*
- Discriminación errónea de actividades de carácter social adecuadas para el desarrollo del cambio de estilo de vida del drogodependiente.*
- Consumos de droga esporádicos aparentemente inexplicables y frecuentemente no evaluados.*
- Consumo abusivo de otras sustancias distintas a la que constituía el problema fundamental.*
- Deterioro progresivo de la relación entre paciente y terapeuta como consecuencia de la incomprensión de lo que está sucediendo.*
- No rentabilizar determinados programas de intervención.*
- Prescindir de intervenciones psicofarmacológicas que podrían, en ciertos casos, resultar necesarias.*
- Abandono del tratamiento.*

2. Bases del trabajo

Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y los Centros de Tratamiento Ambulatorios de Drogodependencias y Adicciones, elaborado entre la Consejería de Salud y la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

3. Definición del subproceso

Atención a las personas que demandan asistencia por un trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas u otras adicciones comportamentales y que presenten comórbidamente otro trastorno psiquiátrico, esté inducido o no por dichos consumos. La asistencia estará basada en los principios de buena práctica y generará autonomía y satisfacción en usuarios/as y profesionales.

4. Inicio del subproceso

Este subproceso se inicia en el momento en que un paciente diagnosticado de un trastorno por consumo de sustancias o adicción comportamental, presenta comórbidamente otro diagnóstico psiquiátrico que forma parte o no del cuadro motivado por un estado de intoxicación o en el contexto de un síndrome de abstinencia.

5. Tipologías diagnósticas que se abordan en este subproceso según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV TR.

Se abordan tanto los trastornos primarios por abuso o dependencia de sustancias y las adicciones comportamentales y los trastornos psiquiátricos inducidos, como, asimismo, los trastornos psiquiátricos primarios. En este sentido ha de tenerse en cuenta lo recogido en el "Protocolo de actuación conjunta entre los equipos de Salud Mental de Distrito y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias" en lo que se refiere a la tipología dimensional de Ries (**Anejo XI**) basada en la severidad y curso de los trastornos psiquiátricos y los criterios de atención que se concretan en los trastornos por abuso de sustancias o trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas y adicciones comportamentales, con los trastornos psiquiátricos más prevalentes como son:

-Trastornos esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. F20-29.

-Trastorno del humor (afectivos). F30-39.

-Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. F40-49.

-Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos. F50-59.

-Trastorno de personalidad y del comportamiento adulto. F 60-69.

6. Cooperación con otros profesionales de salud

Con el equipo de Salud Mental correspondiente, todo ello siempre con conocimiento y a través de su médico de cabecera, recogido en hoja de seguimiento individual de la historia digital del sistema *Diraya* o en su defecto a través de informe en P10 donde se recogerá la prescripción de medicamentos, posología, pauta a seguir y recomendaciones, resultados de análisis solicitados, momento del programa en que se encuentra, tipos de intervenciones, derivaciones a unidades de desintoxicación hospitalaria o propuesta de ingreso en comunidad terapéutica u otras interconsultas que consideremos convenientes.

7. Abordaje

Multidisciplinar, tanto médico/a, psicológico/a como trabajador/a social en cada caso y en función de la problemática que presente el paciente o las demandas que realice.

Para ello es necesario una buena coordinación entre todos los profesionales de los equipos de tratamiento ambulatorio de la UDA-CPD, al objeto de que exista buena accesibilidad a través de citas programadas por agenda del sistema *Diraya* a través de la Unidad de Atención al Usuario, o de la agenda siPASDA con trabajador/a social de la Unidad de Drogodependencias y Adicciones o bien directamente al paciente a través de P10 en caso de interconsulta con trabajadores/as de los Servicios Sociales Comunitarios.

Se llevará a cabo a través de reuniones de coordinación de los miembros de los equipos de atención ambulatorios de la Unidad de Drogas y Adicciones del CPD, como mínimo cada dos semanas, donde se determinara el plan terapéutico individual (PTI), se evaluará de manera continuada el grado de consecución de los objetivos planteados, o el cambio de estrategia en caso de no ser satisfactoria la evolución que sigue el paciente.

8. Intervención

Antes de que el/la paciente inicie tratamiento médico y/o psicológico es conveniente que éste de su consentimiento informado según lo establecido por Ley y sobre la historia clínica, estando sujeto a confidencialidad (**Anexo I**).

La presencia de un trastorno mental con trastorno adictivo nos obliga a aplicar objetivos de manera flexible donde la estabilización de la patología psiquiátrica constituye la prioridad y precisará en ocasiones intervenciones inmediatas e inexcusables. La dualidad complica la intervención, que permanentemente necesita adaptarse a la situación clínica, dinámica y variable del pacien-

te. La aplicación de cuidados integrales es por tanto específica, pues no es solamente fruto de cuidados psiquiátricos ni únicamente la aplicación de estrategias de intervención propias de los trastornos adictivos, sino un campo especializado cuyo abordaje se nutre de conocimientos de ambos procesos.

Es imprescindible realizar a todo paciente una historia médica y psicológica, una exploración física y un examen complementario para lo que solicitaremos: hemograma, bioquímica sanguínea y hepática, ionograma, pruebas de función renal, de coagulación sanguínea y de sedimento urinario, serología VIH, hepatitis B y C y sífilis. En función de la sintomatología y de la exploración clínica se pedirá radiografía (RX) de tórax, mantoux y electrocardiograma (ECG). Si hay planteamiento de ingreso en comunidad terapéutica (CT) se pedirá RX de tórax y mantoux. Si VIH positivo se pedirá baciloscopia. Si patología psiquiátrica TSH y T4 y en su caso puede ser necesario realizar pruebas de imagen cerebral.

El diagnóstico se realizará a través de la Clasificación Diagnóstica DSM-IV TR recogida dentro de las categorías Trastornos relacionados con el consumo de sustancias, de los Trastornos inducidos por el consumo de sustancias y trastornos del eje I.

Se debe incluir una evaluación del estado mental, determinar el nivel y la gravedad del consumo de sustancias y evaluación del estado de salud.

Es importante la evaluación del estado físico, centrándose en los signos vitales y en la situación cardiovascular y neurológica. Con ello podremos determinar cuadros de hiperactividad como: los síndromes simpático miméticos (intoxicación por estimulantes, abstinencia de depresores y de opiáceos), síndrome anticolinérgico (parkinsonianos, setas), síndrome alucinógeno (marihuana, LSD, mescalina); y cuadros de hipoactividad como: síndrome opioide (intoxicación por opioides), síndrome sedante (intoxicación por alcohol, benzodiacepinas, inhalantes).

Respecto a la medicación, es necesario el cumplimiento de las indicaciones aceptadas para la prescripción según la evidencia científica disponible.

Si no son indicaciones aceptadas para la prescripción, siempre será necesario que la misma esté avalada por evidencia científica según estudios y en todo caso por evidencia clínica.

8.1. Intervención psicológica:

Es imprescindible realizar a todo paciente una exploración psicológica que incluirá análisis funcional de los síntomas y/o de la situación, y cuestionarios psicodiagnósticos. La aplicación de un cuestionario general como es el SCL-90 y el juicio clínico nos permiten orientarnos hacia una evaluación en mayor profundi-

dad y especificidad, aplicando las pruebas diagnósticas de mayor uso y garantía estadística y descriptiva (**Anexo XII**). No obstante, y siguiendo la línea general de estos subprocesos, recomendamos la aplicación del STAI si hay ansiedad y del MMPI-II si se observa trastornos de personalidad. Del mismo modo se recomienda realizar una valoración del índice de gravedad de la adicción a través del Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI).

La intervención dependerá de la evaluación de las necesidades individuales de cada paciente y del soporte psicosocial del que se disponga. Será necesario implicar a los diferentes recursos sociocomunitarios que se hallen al alcance.

El éxito final de la terapia psicológica tiene que ver con una adecuada relación terapéutica que se establezca con el paciente. Seleccionar el tratamiento psicológico que ha demostrado su eficacia en situaciones de máximo control con una metodología experimental, no significa que la experiencia del profesional y sus habilidades para establecer una conexión con el paciente deban ser olvidadas. La ciencia psicológica avanza con evidencias y la práctica de la psicología necesita del saber hacer del profesional.

Por suerte, existe entre la comunidad científica la necesidad de evaluar programas de tratamiento adecuados para cada psicopatología. Este creciente interés por determinar y fomentar intervenciones basadas en un tratamiento psicológico eficaz nos obliga, hasta donde sea posible, a escoger opciones terapéuticas que hayan mostrado evidencia a favor de la efectividad de las mismas (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003; Begoña, Vázquez, Mínguez, et al., 2004).

La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción (NIDA, 1999). Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición) y las técnicas cognitivo conductuales (entrenamiento e habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2006).

8.2. Intervención social:

A demanda del paciente o cuando se detecten necesidades sociales, a través de citas programadas. Se realizará historia social lo que permitirá llegar a un diagnóstico sociofamiliar y al establecimiento de una estrategia de intervención individual y para su mejor adaptación tanto social y laboral como familiar. Esto se llevará a cabo por derivación del paciente al CPD con cita programada a través de la AGS del siPASDA.

8.3. Intervención familiar:

A demanda de la familia, o cuando se detecten a través de la historia clínica, necesidades o preocupaciones familiares, así como relaciones inadecuadas del paciente con ésta, lo que permitiría, tras un análisis funcional de las mismas, determinar las variables que contribuyen al mantenimiento del trastorno por consumo de sustancias pretendiendo la implicación y compromiso de la familia en el tratamiento.

Se llevará a cabo por derivación al programa de atención a las familias de la Unidad de Drogas y Adicciones del CPD, a través de cita programada en AGS del siPASADA, registrándose en su historia clínica todas las intervenciones realizadas.

Las expectativas de los miembros de la familia que colaboran en el tratamiento vienen en ocasiones marcadas por diferentes variables que pueden entorpecer la labor terapéutica si no se atienden debidamente (Martínez-González y Trujillo, 2005). Las que parecen tener cierto peso en la formación de expectativas en torno a la intervención pueden ser, entre otras: el tipo de drogodependencia que presenta el paciente, el tiempo transcurrido desde que la familia conoce la existencia de la drogodependencia, la modalidad de tratamiento empleada en cada caso, el hecho de que el drogodependiente trabaje fuera del entorno familiar, el número de veces que se ha ayudado al drogodependiente en el tratamiento, las incidencias judiciales, la presencia de psicopatología en alguno de los progenitores o pareja y la presencia de patología dual en el drogodependiente.

En relación a la intervención con familiares pueden hacerse algunas recomendaciones:

-La familia debe conocer la presencia de Patología Dual desde el momento en que existan indicios de que ésta exista. Explicar a la familia las diferencias entre el proceso que llevará este paciente y el seguido por otros drogodependientes sin esta psicopatología, les ayudará a interpretar conductas compatibles con el trastorno de personalidad.

-Si bien es cierto que el conocimiento por la familia del diagnóstico podría llevar a etiquetados innecesarios, nuestro interés se centrará en que ésta conozca las características del trastorno de personalidad y así pueda encontrarle sentido a determinadas conductas.

-El descubrimiento de esta concomitancia debe ayudarla a comprender cómo pueden influenciarse entre sí ambos trastornos.

-En muchos casos la familia debe aportar su apoyo supervisando la toma de psicofármacos con independencia de las valoraciones cambiantes del adicto sobre la necesidad de la misma. En algunos casos, y por tratarse de sínto-

mas no llamativos, el paciente puede inducir a su familia a dejarse llevar por el cansancio del drogodependiente y con ello dejar de tomar la medicación.

-Familia y paciente deben ser plenamente conscientes de la imposibilidad de tomar alcohol.

-Es importante que la familia conozca la evolución que suele presentar el trastorno de personalidad con independencia de la abstinencia de sustancias.

-Conocer los síntomas de una posible reagudización del trastorno de personalidad llevará a la familia a advertirnos de los cambios para que así se puedan tomar las medidas oportunas. El desconocimiento de esto puede llevar a favorecer una recaída y como consecuencia de ello una recaída en el consumo.

-Es necesario en la mayoría de los casos entrenar a la familia en la autoaceptación de errores y comunicación de emociones.

-Si la familia muestra signos de falta de aceptación de la información que se le está transmitiendo en relación a la concomitancia de trastornos psicopatológicos, es conveniente prescindir de su ayuda en lugar de propiciar conflictos.

-Evaluar la consecución de las instrucciones por parte de todos los miembros de la familia.

La colaboración de familiares en el tratamiento parece ser útil cuando son conscientes de la psicopatología que presenta el drogodependiente y de los procedimientos más adecuados para actuar ante las dificultades que suelen presentarse a lo largo del tratamiento. La experiencia indica que cuando la familia conoce las características del trastorno es más colaboradora y, sobre todo, actúa con mayor acierto.

8.4. Intervención ocupacional:

Por demanda del paciente o cuando se detecten necesidades en este sentido, a través de cita programada con trabajador/a social, lo que permitirá evaluación individual del caso, de las habilidades sociales, de las afinidades y de los hábitos ocupacionales del paciente, para el diseño de un plan de intervención individual. Es necesario registrar en su historia clínica todo estos datos, así como los informes de evolución del paciente en los talleres o programas ocupacionales y elaborar recomendaciones para la continuidad de las actuaciones.

8.5. Planificación:

En cuanto a la planificación del tratamiento si queremos ser eficaces, nos ayudará determinar las diferentes áreas problema, así como la puntuación de la gravedad de éstas, o en su caso anticipar las posibles causas de recaída si nos centramos en la conducta del consumo, lo que nos permitiría saber en que aspectos ha existido una mayor progresión y en qué otras debemos introducir nuevas estrategias.

Respecto al consumo se sigue lo pautado en los subprocesos dedicados al consumo o consumos específicos de que se trate, atendiendo a las recomendaciones particulares de cada psicopatología asociada.

9. Diagrama de flujos

El recorrido del paciente y las intervenciones que se van a llevar a cabo en este subproceso serán:

-Recepción de la solicitud de asistencia a demanda del propio paciente o por derivación de un profesional del centro de salud o de un servicio de urgencias.

-Evaluación profesional: por parte de los miembros del equipo a través de la historia de salud tanto en su aspecto médico, psicológico como social (multidisciplinariedad).

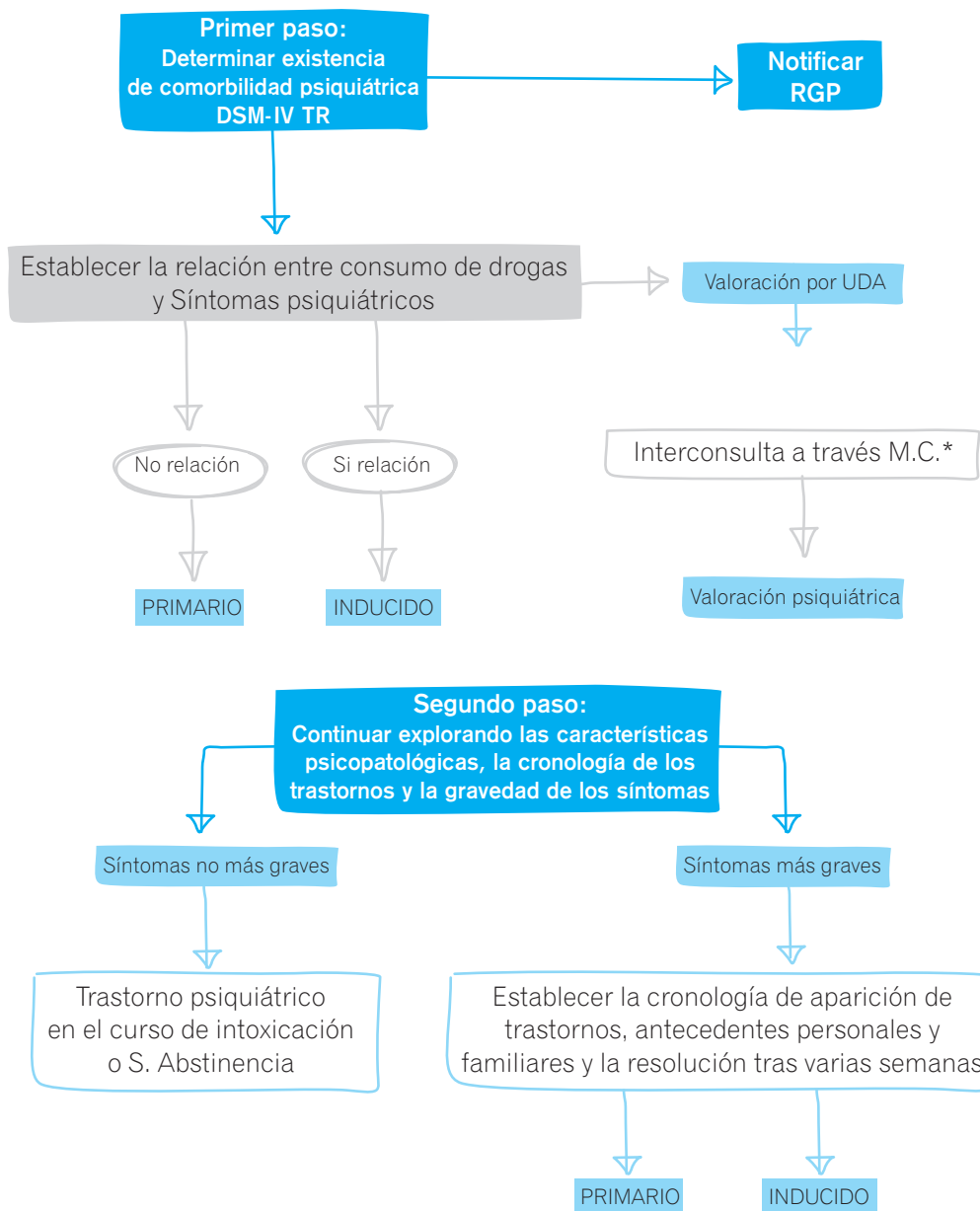
-Identificación del problema/as que tiene el paciente, su categorización tipológica y su diagnóstico en base a la competencia de los terapeutas que lo atienden y teniendo en cuenta las guías disponibles de intervención.

-Intervención a través de un plan de actuación donde se incluye la medicación y las intervenciones psicoterapéuticas existentes según la evidencia científica disponible.

-Actividades de colaboración cuando la evolución del paciente no es la adecuada o cuando se tenga necesidad de ello, tanto en el mismo nivel de terapias como por derivación a otros niveles a través de informes o por otras vías en su caso.

-Asistencia en salud mental entendida como de colaboración y no como mera derivación, a través de atención primaria, delimitando el tipo de atención que se precisa y sus recomendaciones sobre la orientación del caso. En cuanto a los objetivos psicoterapéuticos a seguir y a la metodología a utilizar, esta ha de ser similar y contrastada con los miembros del equipo de salud mental, de modo que no se genere una incongruencia entre ambos abordajes.

Diagrama de flujos



Subproceso 4. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual

(*) Interconsulta con Salud Mental por:

- Consideramos que Salud Mental tiene que tener conocimiento de los pacientes que nosotros atendemos y tiene trastornos psiquiátricos concomitantes
- El hecho de estar consumiendo sustancias psicoactivas no es una condición para no derivar.
- Que la solicitud de interconsulta la puede hacer tanto el médico/a como el psicólogo/a de la UDA-CPD.

Los principios del diagnóstico y tratamiento de los trastornos duales que siempre debemos tener en cuenta serían:

- 1.-Estabilizar los síntomas agudos psiquiátricos y/o abuso de sustancias, como paso previo al proceso de tratamiento.*
- 2.-Antes de efectuar el diagnóstico psiquiátrico y desarrollar un tratamiento a largo plazo, puede ser recomendable observar al paciente durante un periodo libre de sustancias de 3 a 6 semanas de duración.*
- 3.-Hay que tratar de forma eficaz ambos trastornos o no se obtendrá mejoría en ninguno de ellos.*
- 4.-La psicoterapia de forma aislada no se contempla para los pacientes con trastorno dual.*
- 5.-Ser flexibles, evitando la confrontación, aunque no se debe permitir el mantenimiento de los consumos con el tratamiento.*
- 6.-Visitas dos veces por semana en régimen ambulatorio hasta conseguir la estabilidad. Incluso posibilidad de hacer un tratamiento en régimen hospitalario.*
- 7.-Conveniencia de un tratamiento integral con buena coordinación entre terapeutas.*
- 8.-Trabajar la motivación como hecho fundamental para el tratamiento y la recuperación.*

10. Diagrama de flujos según trastornos comórbidos

10.1. Trastorno de ansiedad secundarios a situaciones estresantes, somatomorfos y del comportamiento:

En este tipo de pacientes la intervención siempre debe de comenzar diferenciando si estamos ante un trastorno comórbido primario o secundario, y ante que tipo de trastorno psiquiátrico nos encontramos; para ello es conveniente:

a) Realizar un adecuado diagnostico diferencial:

- Debe transcurrir un tiempo de abstinencia, aproximadamente 4 semanas desde el último consumo según el DSM-IVTR.
- Tener en cuenta si el paciente está tomando benzodiazepinas de vida media corta y de alta potencia o de vida media larga. También si está consumiendo heroína o se encuentra en tratamiento con metadona, en este segundo supuesto el tiempo de espera debe de ser más largo.
- Es importante recoger en la historia clínica los antecedentes personales

y familiares para un adecuado diagnóstico diferencial entre primario y secundario o inducido.

-En los trastornos de ansiedad inducidos predominan clínicamente las crisis de angustia, las obsesiones y las compulsiones, estando muy relacionadas con los episodios de intoxicación o en el primer mes de abstinencia. Estos deben provocar un malestar clínicamente significativo.

-Los criterios que indican que el trastorno de ansiedad no es inducido se basan en que los síntomas que preceden al consumo de sustancias, persisten después del cese de consumo durante un tiempo importante, son excesivos con respecto a lo esperable y los antecedentes clínicos y familiares del paciente.

-Es importante indicar si predominan las crisis de angustia, la ansiedad generalizada, las obsesiones-compulsiones o las fobias. Hay que tener en cuenta que las fobias son normalmente primarias y por el contrario la ansiedad generalizada secundaria.

b) Tratamiento médico

-Abstinencia absoluta de sustancias: la desintoxicación es lo primero. Esperar 2-4 semanas.

-Utilizar fármacos BDZ de bajo potencial de abuso y que no interaccionen con el alcohol.

-Fármacos de primera elección: ISRS a misma dosis que para trastorno depresivo.

-Antipsicóticos de perfil sedativo.

-Si existe hepatopatía crónica los de vida media corta: paroxetina.

-Por inhibición del citocromo P450 incrementa la semivida de alprazolam, diazepam y metadona.

-Tener en cuenta que disminuyen el umbral convulsivogénico.

-Si se usa BDZ evitar las de alta potencia y semivida corta como el alprazolam y el flunitrazepam. No utilizar más de 12 semanas. Si está en tratamiento con metadona potencia efectos sedativos.

-Hay que tener precaución con el clorometiazol porque puede generar problemas de dependencia.

-Los antipsicóticos atípicos con perfil sedativo pueden ser útiles para el manejo de la ansiedad.

-CRISIS DE ANGUSTIA: para la crisis diazepam 5-10 mg oral o sublingual. Tratamiento del trastorno primario ISRS (citalopram, paroxetina o sertralina).

na). De mantenimiento: ISRS durante 12-24 meses. Si agorafobia 2-5 años. Si recaída en síntomas ISRS durante otros 12-24 meses.

-FOBIA SOCIAL: Crisis Betabloqueantes 40-80 mg 30' antes. De elección y de mantenimiento los ISRS, como segunda opción la Venlafaxina.

-TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: De primera elección ISRS a dosis elevadas, si no hay respuesta cambiarlo por otro ISRS o combinarlo. Si sigue sin responder añadir o sustituir por Clomipramina. Se puede utilizar igualmente APA a bajas dosis en combinación con ISRS en casos resistentes.

-TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: Sertralina como tratamiento de elección. Para el insomnio trazodona o mirtazapina. Venlafaxina si existe ansiedad generalizada.

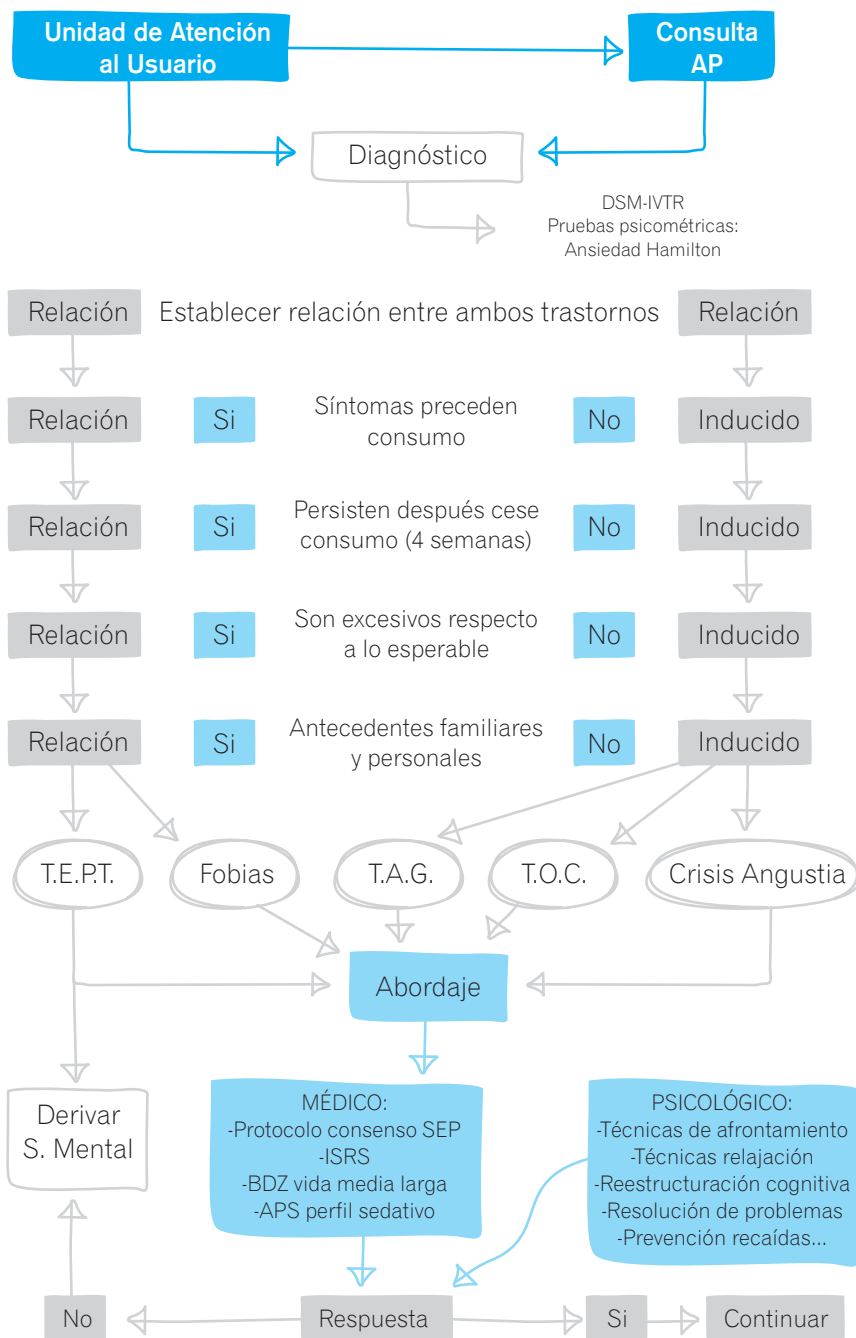
-TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA: BDZ de semivida larga y a bajas dosis. ISRS o Venlafaxina en caso de patología dual. Betabloqueantes para el control de los síntomas neurovegetativos. La Trazodona también se ha utilizado con éxito. Se pueden combinar o utilizar en caso de resistencias gabapentina y los antipsicóticos atípicos a dosis bajas.

-TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO: Pautar diazepam a dosis bajas y corto tiempo. Si es por uso crónico de BDZ de vida media corta y alta potencia sustituir por BDZ de semivida larga y alta potencia para posteriormente ir reduciendo el 50% de manera rápida, el 25% lenta y el 25% muy lenta o sustituir por gabapentina a dosis altas.

c) Tratamiento psicológico. Desde una concepción cognitivo-conductual se ha de tener en cuenta la valoración ideacional y las habilidades de afrontamiento que realiza la persona, en interacción con una situación determinada, comprobando las dimensiones del triple sistema de respuesta de la ansiedad, el estrés y las emociones. La ansiedad se entiende como una emoción negativa o desagradable, caracterizada por malestar subjetivo, alta activación fisiológica, e inquietud motora; a su vez, la ansiedad está ligada a diferencias individuales en ciertas áreas situacionales (rasgos específicos), y surge porque el sujeto percibe que una determinada situación representa una amenaza para él (valoración de la situación), sin que pueda remediarlo por escasez de recursos (afrontamiento). Son más eficaces los tratamientos concordantes. Las técnicas de tipo cognitivo de mayor uso son: las técnicas de reestructuración cognitiva, las de solución de problemas, las de manejo de ansiedad y las de condicionamiento encubierto. Las técnicas fisiológicas de más uso son: la relajación, la desensibilización sistemática y el bio-feedback. Por último, las técnicas motoras de más uso son: la exposición, el ensayo conductual reforzado y el entrenamiento en habilidades sociales.

Diagrama de flujos

Subproceso 4. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual



Los niveles de ansiedad se evaluarán también desde los primeros momentos mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este inventario tiene dos ventajas: no correlaciona depresión y ansiedad y es muy sensible al cambio terapéutico.

Para una valoración en profundidad y para el abordaje psicoterapéutico se presentan en el anexo XII instrumentos válidos de aplicación.

En pacientes con patología dual con trastorno de ansiedad, lo primero que hay que hacer es discriminar los distintos tipos de entidades nosológicas lo que va a depender de la capacidad diagnóstica del terapeuta, en función de su competencia. Si este paso se hace adecuadamente la tipología dimensional correspondería a la categoría A de Ries : pacientes con trastorno por dependencia que además presentan trastornos psiquiátricos poco severos y no persistentes, lo que significa que debe de agotarse en todo lo posible la atención de estos pacientes por nuestra unidad y solo deberían transferirse aquellos casos al Equipo de Salud Mental (ESM) que no presenten una evolución satisfactoria o en su caso para el apoyo de las crisis que puedan presentarse.

10.2. Trastornos del estado de ánimo en patología dual:

Hay que tener en cuenta que:

- Es la comorbilidad más frecuente con el consumo de sustancias.
- El diagnóstico diferencial de trastorno inducido, cuando los síntomas son mayores de los esperados en una intoxicación o abstinencia y estos perduran más allá de 6 semanas.
- La presencia concomitante de un trastorno del estado de ánimo altera la expresión, el curso, y el pronóstico de un trastorno por drogas.
- Necesitará de un abordaje terapéutico adecuado para optimizar los resultados.
- Se dan síntomas muy parecidos a un trastorno del estado de ánimo primario pero con mayor atipicidad.
- Es mayor la coexistencia de trastornos de personalidad antisocial y mayores problemas legales en el hombre, y mayor incidencia del trastorno de la personalidad límite y de ansiedad en la mujer.
- Incremento de riesgo de suicidio.
- Los síntomas depresivos hacen que la retención al tratamiento y el grado de cumplimiento sea menor, incrementa además el índice de recaídas.
- La presencia de síntomas depresivos puede motivar a demandar tratamiento.

- Los síntomas depresivos en pacientes con consumo de cocaína y opiáceos hace que demanden atención antes.
- La depresión es el mayor factor de riesgo de fracaso de tratamiento en el abandono del tabaquismo en las mujeres.
- Es peor el pronóstico en los pacientes con síntomas depresivos en lo que respecta a la evolución de la dependencia.
- La aparición de depresión en fase de abstinencia predice la recaída.
- La mejora de los síntomas depresivos va acompañado de mejora de la dependencia en el alcoholismo.

a) Recomendaciones médicas:

- Si es un trastorno depresivo primario es fundamental el tratamiento.
- Si es secundario conseguir primero la abstinencia.
- Es necesario un cambio de estilo de vida (intervención cognitivo-conductual).
- Tener cuidado con las interacciones medicamentosas.
- Es conveniente determinar el contexto: ambulatorio (colaboración de la familia, evitar riesgos de sobredosis y no patología orgánica) u hospitalario.
- Iniciar el tratamiento desde un primer momento si no se puede esperar 4 semanas de abstinencia que sería lo ideal.
- Utilizar fármacos sobre los que exista evidencia clínica y menor interacciones con sustancias y con otros fármacos.
- Protocolo: 1º elección ISRS, 2º elección añadir otro antidepresivo no ISRS o cambio a ISRS+ ISNA. 3º elección añadir eutimizante.
- Si no responde (refractoriedad): comprobar que se mantiene abstinentes, que se toma la medicación, que la dosis es la adecuada, que el diagnóstico es correcto.
- Trastorno bipolar: eutimizantes, menor respuesta al litio. Suelen ser episodios mixtos y cicladores rápidos respondiendo mejor a los eutimizantes y peor al litio. El valproato en la manía disfórica.
- Los resultados de la evaluación en toxicómanos indican, en bastantes ocasiones, que los inicios del consumo tienen que ver con la "solución", a corto plazo, de estados de ánimo depresivos.

b) Recomendaciones psicológicas

-Los objetivos del abordaje pasan por dotar a los sujetos de las habilidades y estrategias necesarias para enfrentarse a los estados de ánimo depresivos y resolver satisfactoriamente aquellas situaciones que los provocaban, deben mejorar las habilidades de autocontrol de los pacientes, enseñarles la relación entre actividad placentera y estado de ánimo, de reestructurar su estilo de pensamiento, evitando que aparezcan las "ideas irracionales", comúnmente asociadas a estados depresivos. Pueden diseñarse actividades terapéuticas en grupos y con programas estandarizados o bien con terapias individuales.

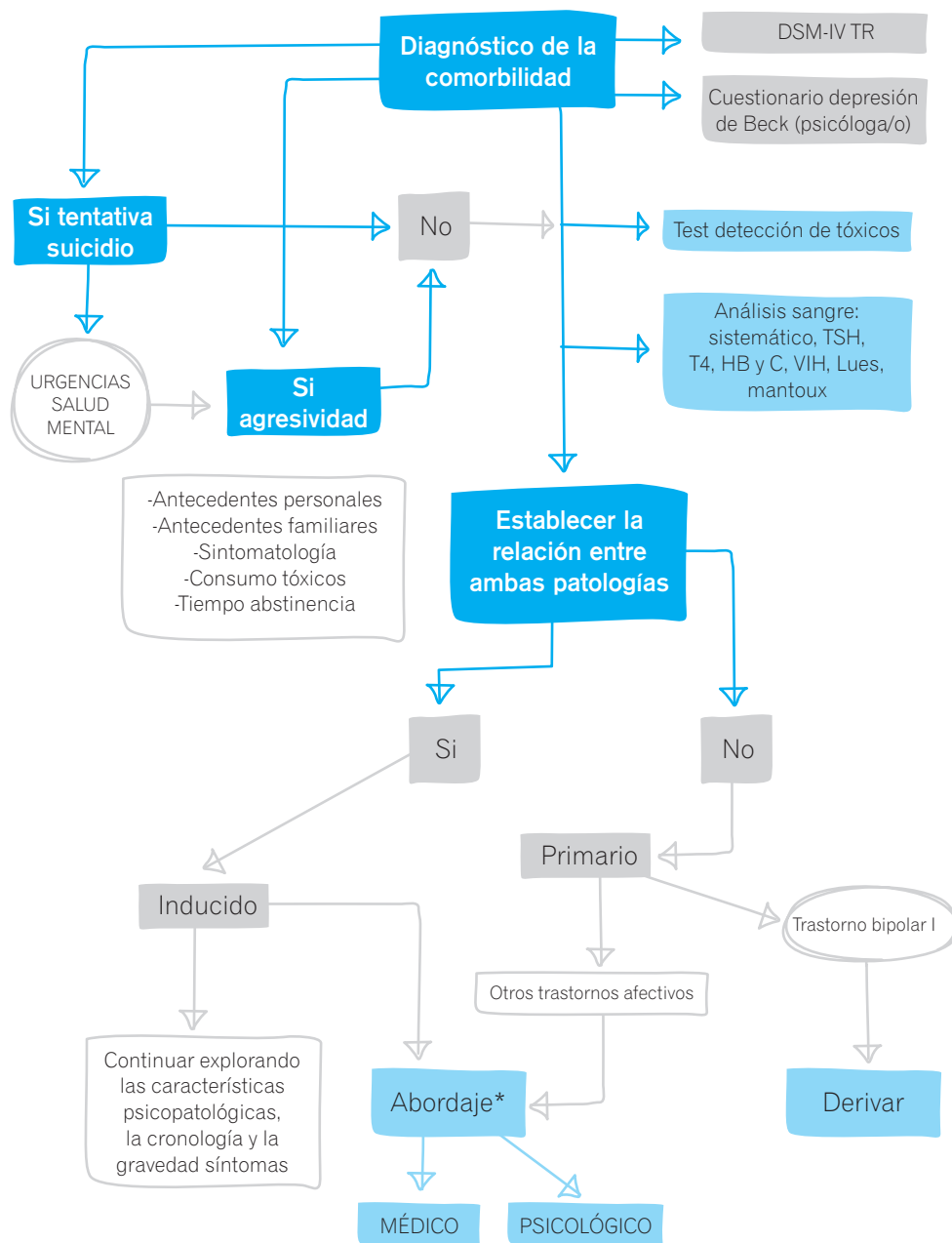
-Es importante evaluar este trastorno desde los primeros momentos y controlar su evolución comenzando a tratar la depresión mediante las técnicas conductuales incluso antes de que aparezca.

-Después de cuatro semanas sin consumir o, si no se puede esperar tanto en las primeras, se evaluará la gravedad de la depresión mediante el BDI. En caso de encontrarse puntuaciones superiores a 20 puntos se pasará también la Escala Modificada de Hamilton para la evaluación de la Depresión y la entrevista diagnóstica según criterios DSM-IV y SCDI I. Para una evaluación en profundidad y un abordaje adecuado se recomiendan utilizar los instrumentos propuestos en el anexo XII.

-Lo habitual es encontrar niveles moderados de depresión que responden bien a la intervención mediante las técnicas conductuales de incremento de actividades gratificantes e incremento del número de actividades mediante el uso de horario semanal de actividades. Este componente del tratamiento es muy importante dado que los cocainómanos suelen llegar a un estado de apatía o aburrimiento haciéndoseles la vida monótona, siendo este estado propicio a la aparición de deseo por el consumo de la sustancia.

-Los casos más graves de depresión se abordarán a través del modelo integrado de intervención con el equipo de salud mental.

Diagrama de flujos



Subproceso 4. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual

(*) Si tras el abordaje Médico y Psicológico de los trastornos afectivos primarios persiste sintomatología depresiva después de conseguir la abstinencia a drogas, si existen ideas delirantes o alteraciones sensorio-perceptivas, según sea la gravedad de los síntomas depresivos y en función de la valoración de la puntuación en la escala de depresión de Beck, se derivaría a Salud mental, protocolizando la actuación integral.

10.3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en patología dual:

-El tratamiento debe iniciarse lo antes posible aun sin saber si se trata de una intoxicación/abstinencia con síntomas productivos, una psicosis inducida o un trastorno psicótico primario en un trastorno por uso de sustancias.

-La permanencia de un juicio de la realidad conservado en el contexto de consumo de sustancias indica que nos encontramos ante un cuadro de intoxicación o abstinencia con síntomas productivos.

-Si en el contexto de consumo de sustancias no se conserva el juicio de la realidad o este es inapropiado, diagnosticaremos un trastorno psicótico inducido por consumo de sustancias.

-El diagnostico diferencial de un trastorno psicótico inducido se hará en base a tres criterios: 1.- Se produce en el contexto de consumo de sustancias. 2.- Los síntomas son mayores de los esperados en una intoxicación o abstinencia. 3.- Existe relación directa consumo de sustancias y aparición de los síntomas. Si los síntomas persisten más de un mes, exceden de lo esperable y hay antecedentes de episodios previos estaríamos ante un trastorno psicótico primario.

-Cuadros psicóticos inducidos por alcohol (alucinosis alcohólica) son más frecuentes en la fase de abstinencia, de tipo auditivo aunque también visuales o cenestésicas. Delirio de infidelidad.

-Cánnabis: Ideas autoreferenciales, de persecución o de infidelidad.

-Opiáceos: No es frecuente la aparición de síntomas psicóticos. Pueden aparecer en la fase de desintoxicación o en la reducción de programa de metadona.

-Alucinógenos: Poco frecuente, en personalidades predispuestas. De tipo delirante crónicas. Suelen cursar: desrealización, despersonalización, cenestésicas, pérdida de control, ideas referenciales paranoides.

-Cocaína: Diferenciar entre intoxicación o abstinencia con síntomas psicóticos y un trastorno psicótico inducido, el primero revierte mas rápidamente que el segundo. Cuando aparece en fase de intoxicación y además se acompaña de agresividad y agitación hay que pensar en el consumo conjunto con alcohol. El trastorno inducido remeda mucho a la esquizofrenia de tipo paranoide: delirios de persecución y alucinaciones relacionadas. En la psicosis producida por drogas de diseño predominan los síntomas positivos.

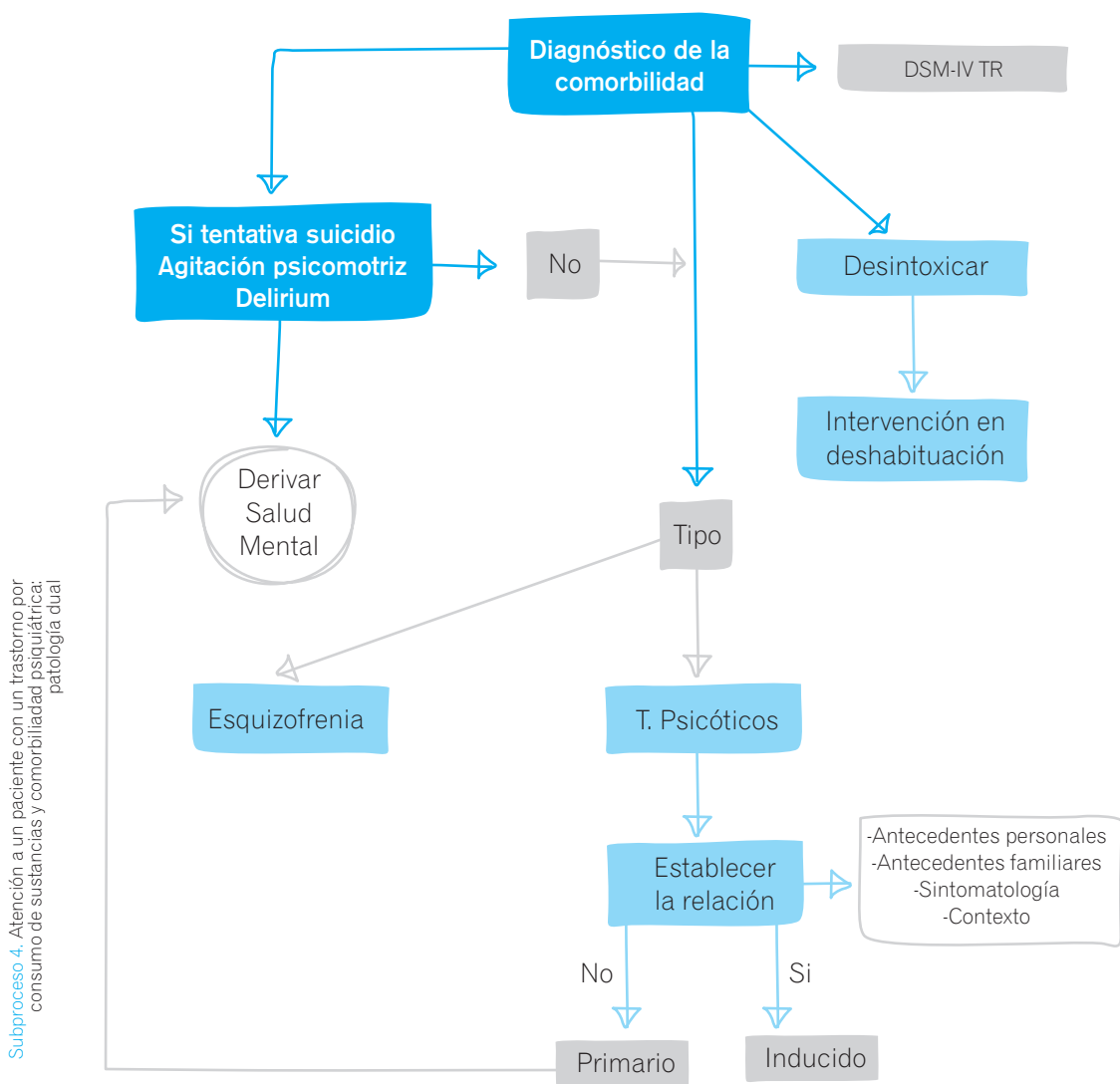
-Ketamina: Antagonista de receptores NMDA del sistema glutamatergico. Remedan síntomas positivos y negativos cognitivos de la esquizofre-

nia. También alteración del estado de ánimo, agitación y agresividad.

-Gammahidroxibutirico (GHB): Remeda intoxicación a la producida por el alcohol. Pueden presentar agitación, agresividad, delirium, ideación paranoide.

-Hipnosedantes: Síntomas similares a los producidos por intoxicación con alcohol, delirium. También alteraciones cognoscitivas.

Diagrama de flujos



Tratamiento:

- Iniciarlo cuanto antes con independencia de un diagnóstico posterior.
- BDZ y Antipsicóticos clásico inyectables para el tratamiento de la agitación y hostilidad.
- En la intoxicación por estimulantes evitar fármacos serotoninérgicos por posibilidad de precipitar síndrome serotoninérgico maligno.
- En la intoxicación por GHB protocolo del alcohol.
- Tratamiento de trastorno psicótico inducido: de elección antipsicóticos atípicos, risperidona 4-6, olanzapina 10-15, quetiapina 200-400. Tiempo hasta que desaparezcan los síntomas psicóticos. En el delirio de infidelidad atípicos.
- A nivel psicosocial, el tratamiento puede ser, en casos leves de consumo de sustancias: intervención motivacional. En casos moderados de consumo de sustancias: entrenamiento en habilidades y soporte social. En casos graves: entorno estructurado continuo y soporte social por un periodo indefinido.

10.4. Trastorno de personalidad y del comportamiento adulto en patología dual:

Premisas a tener en cuenta:

1. Diagnóstico según DSM-IV TR.
 - Dificultades: gran nivel de solapamiento y comorbilidad lo que supone una alta inespecificidad.*
 - Las asociaciones más frecuentes: trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de personalidad.*
 - Valorar hasta que punto la alteraciones de la conducta se deben al trastorno de la personalidad o son secundarios al consumo prolongado de sustancias.*
 - Las consecuencias son peor pronóstico y peor respuesta terapéutica.*
2. El trastorno de personalidad determina el tipo de tratamiento y la duración del mismo: necesidad de tratamientos más intensivos y de mayor duración.
3. Dejar de consumir sustancias hará que algunos rasgos desaparezcan pero que otros continúen, convirtiéndose en posibles factores de recaída.

4. Tener siempre presente que:

- Hay que mantener expectativas realistas: es un proceso lento y frustrante.
- La mejoría en el consumo no es sinónimo de mejoría del trastorno de personalidad.
- El manejo adecuado de relación terapéutica: transferencia y la contratransferencia.
- Utilizar los contratos terapéuticos.
- Es necesario marcar límites.
- Se deben tener en cuenta las conductas suicidas y la perpetuación de conductas desadaptativas.

5. La diferencia entre “rasgos de personalidad” y los “trastornos de personalidad” (TP) propiamente dichos. Todos nosotros tenemos algún o algunos rasgos de personalidad similares a los descritos en los TP anteriores, lo cual no quiere decir, evidentemente, que padezcamos por ello un TP. Debemos recordar la idea central ya expuesta de que la personalidad es un continuum que va de lo normal a lo patológico sin solución de continuidad ni barrera establecida y que, por tanto, sólo podemos hablar de un TP constituido cuando los rasgos de personalidad constituyen un conjunto característico, alcanzan un grado de franca disfuncionalidad y, finalmente, se traducen en una serie de alteraciones conductuales y emocionales que interfieren con el psiquismo y el normal desarrollo psicosocial de la persona.

6. Los trastornos de la personalidad, se definen como modos de comportamiento, profundamente enraizados y duraderos, que consisten en reacciones inflexibles a situaciones personales y sociales de muy diversa naturaleza. Suponen desviaciones extremas o significativas de las percepciones, de los pensamientos, de las sensaciones y en particular de las relaciones con el entorno. Estas desviaciones, según el DSM IV, deben manifestarse en más de uno de los siguientes aspectos: las cogniciones, es decir, formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los hechos o situaciones; la afectividad (por ejemplo, la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional); la actividad interpersonal y el control de los impulsos. Estos comportamientos son, en general, estables y engloban múltiples facetas del comportamiento y del funcionamiento psicológico del individuo. Pueden estar asociados a un sufrimiento o malestar subjetivo y a una alteración del funcionamiento personal y de las competencias sociales. Ciertos tipos de comportamiento aparecen precozmente en el transcurso del desarrollo del individuo, con la influen-

cia de factores constitucionales y sociales. Las modificaciones de la personalidad, por el contrario, son adquiridos en la edad adulta como consecuencia de situaciones de stress severos o prolongados, de un aislamiento extremo del entorno, de trastornos psiquiátricos severos, de enfermedades, de lesiones cerebrales o del abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas.

7. El ulterior estudio de los TP debería orientarse desde una perspectiva dinámica que recoja los diferentes cambios evolutivos (Rubio V, Pérez A. 2003) y las diferentes presentaciones de la personalidad alterada a lo largo del tiempo (especialmente variable en TP tales como el TP límite) (Szerman N, Peris MD, Ruiz A. 2004).

Tratamiento:

- No existe tratamiento específico, poca evidencia científica.
- La terapia de tipo cognitivo conductual es la recomendada según evidencias clínicas.
- Buscar una alianza terapéutica adecuada.
- Es necesario establecer límites claros.
- Las sesiones no suelen ser estructuradas.
- Abordar el presente y el futuro, nunca el pasado.
- Debe ser prioritario el tratamiento del trastorno por dependencia antes que el trastorno de personalidad.

Consideraciones psicológicas fundamentales

1.-La evaluación de un drogodependiente con esta psicopatología necesita tiempo. Mientras se lleva a cabo una evaluación que sea capaz de identificar esta psicopatología, es recomendable tener precauciones en orden a facilitar la estabilidad en el proceso terapéutico. Algunas claves identificadoras de estos casos pueden, al menos, evitar que empleemos estrategias que nos lleven inicialmente a dar la impresión de que a todos los tratamos del mismo modo, desaconsejada en el tratamiento de estos casos. Algunas de estas claves que podrían indicar la presencia de un trastorno de la personalidad en un drogodependiente son: expresiones como "siempre he sido así" cuando se refiere a conductas tanto del ámbito privado como relacional, presenta una inesperada resistencia a hablar de cuestiones que no tienen que ver directamente con el consumo de drogas, se han producido interrupciones incomprensibles de terapias anteriores, el drogodependiente no parece consciente de las repercusiones de

su comportamiento en los demás cuando su entorno parece claramente alterado por el mismo; se observa una falta de motivación para dejar de consumir drogas cuando es el sujeto quien demanda ayuda para superar su adicción; tienen el convencimiento de que los problemas que viene teniendo les puede pasar a cualquiera y sin embargo desde nuestro punto de vista no es común a otros drogodependientes que no presentan psicopatología del Eje II.

2. Al sospechar de esta clínica, lo prudente puede ser adaptarnos inicialmente al ritmo del paciente, sin presionar ni esperar compromisos ideales desde el momento en que iniciamos nuestra intervención.

3. Hay diferencias en la evolución de cada uno de los trastornos de la personalidad. Mientras que algunos evolucionan favorablemente con la edad como puede ser el caso del trastorno límite de la personalidad, otros sin embargo tienden a perpetuarse ofreciendo más resistencia a las acciones destinadas a modificar determinados patrones. Con ambos tipos de drogodependientes puede intervenir, sobre todo porque la abstinencia es la única opción que tienen para evolucionar positivamente.

4. La mejor conceptualización psicopatológica de la concomitancia entre los trastornos de la personalidad y de la adicción hace que la intervención con estos drogodependientes sea cada vez más eficaz, ayudando a su vez a que las técnicas terapéuticas empleadas se enriquezcan con la experiencia del propio clínico. En Martínez-González y Trujillo (2003) puede encontrarse una descripción detallada de los aspectos que diferencian las intervenciones cuando el drogodependiente presenta a su vez un trastorno de la personalidad.

Las diferencias afectan a:

-La frecuencia de las sesiones, siendo necesario generalmente que el tiempo entre sesiones sea menor.

-Los familiares necesitan mayor nivel de instrucción para colaborar activamente en el tratamiento.

-Tiempo destinado para realizar la evaluación.

-La duración de las sesiones dependerá del tipo de trastorno de personalidad.

-El peso de los psicofármacos en el tratamiento.

-La relación que se establece entre paciente y terapeuta debe cuidar diferentes aspectos en función del trastorno de personalidad.

-Las repercusiones del consumo esporádico en la evolución del tratamiento.

- Necesidad de mayor grado de coordinación entre los profesionales.
- La duración del tratamiento será mayor o no a pesar de haber superado la drogodependencia.
- Los programas de prevención de recaídas necesitan incorporar el análisis de un mayor número de variables.
- En la comparación con los casos de drogodependientes que no presentan patología dual, el consumo de alcohol tienen peores repercusiones.
- Si se necesita un mayor grado de dedicación y especialización del profesional.
- La aparición de más problemas al reconstruir la relación del drogodependiente con su familia.
- Si son o no aceptables las indicaciones terapéuticas estándar.
- Existencia de razones suficientes para afirmar que el tratamiento de la drogodependencia se lleva a cabo de un modo diferente cuando hablamos de patología dual.

5.-El diseño de la intervención estará en función de la historia toxicológica del paciente y del trastorno de la personalidad. Esta psicopatología concomitante determinará directrices de intervención partiendo de los esquemas que sustentan las creencias básicas características del trastorno, de las conductas habituales y que pueden estar sustentando los esquemas básicos de los trastornos de la personalidad y la drogodependencia. Beck sugiere que prestemos atención a las estrategias hiperdesarrolladas e infradesarrolladas de cada uno de los trastornos de la personalidad, de modo que el tratamiento tratará de potenciar las estrategias infradesarrolladas y controlar las hiperdesarrolladas. Las estrategias de cada uno de los trastornos de la personalidad cuando se trata de un drogodependiente se relacionan a su vez con las variables propias de una adicción.

6.-Analizar las relaciones de influencia entre trastornos de la personalidad y la drogodependencia lleva a indagar en situaciones de interacción que son disparadoras de cogniciones, conductas y emociones en cada uno de los trastornos de la personalidad. En el caso de los drogodependientes con trastornos de la personalidad existen factores de riesgo para el consumo enraizados en sus repertorios y por tanto, también en los modos habituales de relacionarse con su entorno.

7.-La terapia conductual dialéctica se ha demostrado efectiva, ésta se centraría principalmente en pacientes que no poseen habilidades interpersonales, de autorregulación, y tolerancia al estrés. Junto a ello existirían fac-

tores ambientales que inhibirían cualidades adaptativas “buenas” potenciando conductas disfuncionales. Tendría como objetivos:

- Mejorar el autocontrol
- Motivar al cambio a través del análisis conductual
- Aplicación de procedimientos basados en exposición y manejo reforzado de las contingencias
- Asegurar que las nuevas capacidades sean útiles en la vida cotidiana
- Estructurar el entorno ambiental del sujeto.

La base teórica de la TDC reside en un modelo bisocial de los trastornos de personalidad. Por una lado aparece una disfunción biológica en el sistema de regulación emocional que, junto con un ambiente invalidante, da lugar a una desregulación emocional dominante propia del TLP. Las técnicas utilizadas están basadas en la filosofía dialéctica, la terapia conductual cognitiva y en técnicas de meditación, así como en otras específicas (contacto telefónico, intervención en crisis, etc.). La terapia se centra principalmente en el paciente, pero también tiene en cuenta el entorno ambiental con otras intervenciones como los grupos de familiares o la consulta al paciente, entre otros. El programa de tratamiento propuesto por Linehan es de un año de terapia individual (1 hora semanal) y un grupo de habilidades (2-3 horas semanales). El objetivo principal es trabajar el manejo de la conducta suicida y parasuicida, aunque también tiene otros (conductas que interfieren en el proceso terapéutico, calidad de vida, objetivos personales, autorespeto, habilidades interpersonales de regulación emocional y de tolerancia al estrés, etc.). La TDC es un programa estructurado de soporte vital en el que se equilibran la aceptación de la situación del paciente y el cambio para mejorar su vida. Un punto esencial es la relación terapéutica, tanto la relación terapeuta-paciente como la necesidad de que el terapeuta forme parte de un grupo de consulta en el que reciba supervisión técnica y soporte emocional.

Existen estudios controlados que valoran la eficacia del tratamiento y estudios de seguimiento (Linehan y col., 1991, 1993, 1994) que han revelado diferencias significativas respecto a otros tratamientos normalmente utilizados hacia una mayor disminución de conductas parasuicidas, más retención del paciente en terapia, menos días de ingreso psiquiátrico, disminución de la ira, mejor funcionamiento global y mejor ajuste social.

Es importante la Terapia familiar. La introducción de intervenciones psicoeducativas estructurales dirigidas a las familias han tenido una buena acogida. Los objetivos son mejorar el conocimiento del trastorno por parte de los familiares, implicarlos en los objetivos terapéuticos, adquirir

habilidades de trato con el paciente, mejorar la comunicación y disminuir las hostilidades hacia el paciente.

10.4.1. Trastorno antisocial

- No suelen acudir a consulta por decisión personal.
- El consumo de sustancias suele persistir a lo largo del tratamiento.
- El terapeuta debe de adoptar un papel activo, ser persuasivo, admitir expresión emocional controlada.
- A nivel psicoterapéutico, en un primer nivel sería conveniente analizar las ventajas y desventajas de sus conducta. En un segundo nivel una técnica adecuada para imaginar el futuro y retrasar las gratificaciones es el de la "imaginación guiada" (pros y contras del consumo y de una vida sin consumo). En un tercer nivel, se buscara el respeto a las normas y a los demás.

10.4.2. Trastorno límite de la personalidad

La intervención terapéutica en los TLP más graves, pasa por la definición de unos objetivos individualizados, diseñados y consensuados de manera interdisciplinaria entre los diferentes servicios asistenciales, que deben formalizarse en el proyecto terapéutico individualizado (PTI). Este PTI debe prever la relación de un análisis de las necesidades y competencias del paciente y su entorno sociofamiliar más inmediato. El PTI debe estar temporalizado y es necesario que sea evaluable.

En el caso de un drogodependiente con trastorno límite de la personalidad se sabe que el tratamiento podría extenderse a varios años (Gunderson y Gabbard, 2002), opción que probablemente nos sea familiar. Si es así, las intervenciones no puede esperar resultados satisfactorios y definitivos en un año o pretender, como veremos después, incluir a estas personas en actividades de incorporación laboral cuando no han alcanzado una mejora mínima exigible para su adaptación. En el caso de los trastornos del Eje II sabemos que tienden a mantener los rasgos definitorios, pero también que estos pacientes pueden adherirse bien a un tratamiento y conseguir mantenerse abstinentes en el consumo durante largo tiempo, con las mejoras consecuentes. Por otro lado, la intervención le proporciona al paciente una visión de sí mismo y un estilo de vida que modifica en parte el peso de su personalidad, pudiendo observarse en él mismo y en su entorno más inmediato niveles importantes de satisfacción por los cambios conseguidos. Ha de tenerse en cuenta:

- Los consumos de sustancias de estos pacientes pueden ser tanto impulsivos como compulsivos.
- Disfunción de la regulación de las emociones.
- Aparecen reacciones dramáticas y actos impulsivos.
- Se muestran incapaces de aprender de los errores previos.
- Presentan con gran frecuencia pensamiento dicotómico (experiencias evaluadas en términos de categorías excluyentes).
- Conveniencia de estabilizar tanto el “medio ambiente externo” con medidas de contención, como el “medio ambiente interno” para lo que es muy importante trabajar los mecanismos de defensa mal adaptados de estos pacientes.
- A nivel psicoterapéutico la reestructuración cognitiva y la terapia ocupacional puede ser de utilidad. Dos tipos de tratamiento psicoterapéutico han demostrado eficacia: la psicoterapia psicodinámica modificada y la terapia dialéctica conductual (DBT).

10.4.3. Otros trastornos de personalidad

·Técnicas psicoeducativas. La psicoeducación es sin duda una estrategia muy valiosa en la intervención con este tipo de drogodependientes. La persona no es consciente del hecho de presentar psicopatología en el Eje II dado que estamos hablando de un trastorno egosintónico, de modo que es muy importante por un lado hacerle participe de la información más relevante de su trastorno y por otro valorar el momento más adecuado en que debemos informarle. Tengamos en cuenta que, salvo algunos casos, estos drogodependientes no pedirán ayuda por presentar un trastorno de la personalidad, de lo que se desprende que el proceso de concienciación no es sencillo, ni encontraremos demasiadas facilidades para llevarlo a cabo. El momento más adecuado para informar puede ser fácilmente identificado por un terapeuta con experiencia en el tratamiento de esta psicopatología, pero a modo de orientación hay indicadores que pueden servir para identificarlo. Estos indicadores son: que la persona lleve algún tiempo abstinente o haya estado recientemente abstinente y se encuentre en situación de recaída y, sobre todo, que exista una demanda de información más o menos explícita sobre lo que puede estar pasándole. Si ha llegado el momento, y teniendo en cuenta que es desaconsejable emplear etiquetas diagnósticas por los problemas que se derivan de su uso, la información que se transmite al paciente puede centrarse en aspectos como: a) el significado de las metas a largo plazo, muchas alcanzables para

otros adictos, en su caso pueden tardar más tiempo en llegar; b) detallar aquellas conductas que podrían estar determinando el curso del trastorno, como podrían ser las relacionadas con la percepción que tiene el paciente de la relación terapéutica, la impulsividad, la dependencia, etc.; c) las consecuencias que en su caso tiene el consumo de sustancias, en especial las repercusiones del consumo de alcohol y cánnabis; d) introducir la posibilidad y/o necesidad de usar psicofármacos.

Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad y de consumo de sustancias comórbidos:

- Poca evidencia científica sobre tratamientos farmacológicos.
- La mayoría de los estudios están centrados en tratamiento de rasgos: control de los impulsos y agresividad.
- Indicaciones:

Inestabilidad emocional:

- ISRS. (1º).
- Eutimizantes: Carbamacepina y valprico.
- Nuevos eutimizantes: menos efectos adversos.

Impulsividad y agresividad:

- ISRS a dosis altas y APS atípicos a dosis bajas los eutimizantes existen pocos datos que avalan su utilización. Existen pocos datos que avalen el uso de a naltrexona en estas indicaciones.

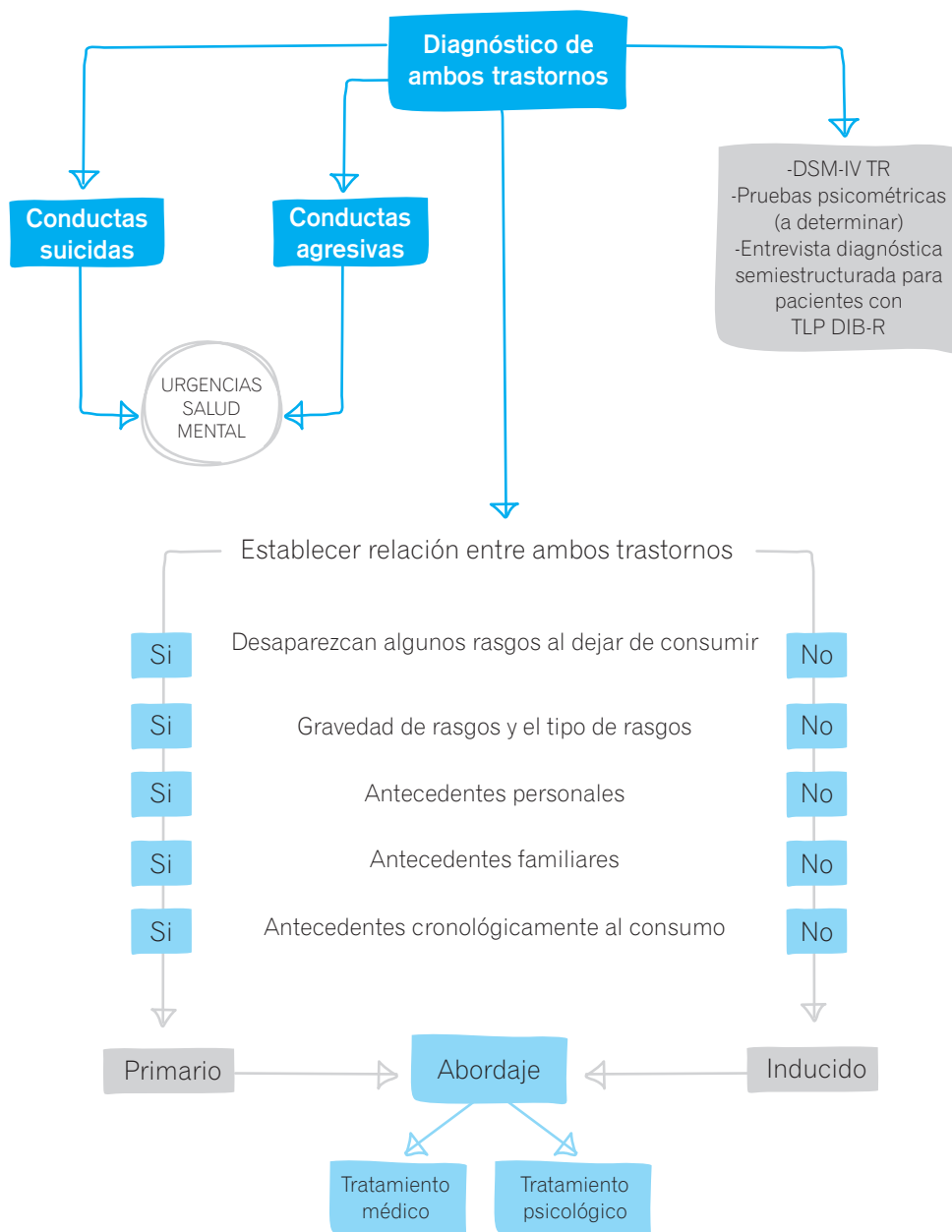
Desorganización cognitiva y episodios psicóticos:

- Aps atípicos a dosis bajas.

Ansiedad e inhibición:

- ISRS (1º). Cuidado con las BDZ, sobre todo las de vida media corta y ultracorta, por la posibilidad de reacciones paradójicas y dependencia.
- Propanolol a altas dosis para la agresividad pero cuidado con hipotensiones y bradicardias.

Diagrama de flujos



Subproceso 4. Atención a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica: patología dual

11. Tratamientos psicológicos en patología dual

El tratamiento psicológico en estos casos se estructura de la siguiente manera:

Fase de evaluación:

Se realizan 4 sesiones en las que se hace un análisis funcional del comportamiento y de las posibles variables explicativas asociadas, tras lo cual se establece una propuesta de tratamiento.

Primera entrevista: se considera fundamental trabajar los aspectos motivacionales, procurando establecer una relación empática y un clima de confianza hacia el terapeuta y la terapia. Utilizaremos de un modo lo menos estructurado posible la Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV: SCID I y SCID II.

Segunda entrevista: Se utiliza el EuropASI para valorar el índice de gravedad de la adicción. Se realizan las pruebas propuestas en los subprocesos pertinentes a la adicción concreta.

Tercera entrevista: Se seleccionan las pruebas pertinentes para valorar los aspectos esenciales de la psicopatología en cuestión utilizando las recomendadas en el anexo XII.

Cuarta entrevista: Se evalúa también la situación familiar, educativa, laboral, legal, sociocomunitaria y las pruebas específicas contempladas en el subproceso según la adicción de que se trate.

En las sesiones de evaluación se ha de decidir si cumple criterios para un abordaje ambulatorio y si ha de ser derivado al equipo de salud mental. En caso afirmativo se solicita interconsulta en la que se expone la problemática observada y se plantean objetivos de intervención psicológicos, siempre a través del médico de cabecera.

Quinta intervención: En caso de necesidad de atención por los dispositivos de salud mental, se reserva esta intervención para realizar una interconsulta con dicho equipo, donde se plantean los objetivos psicológicos a cubrir y la orientación terapéutica de cada equipo.

Sexta sesión: Se presenta al paciente y a la familia plan de tratamiento integral y consensuado con los objetivos terapéuticos marcados en nuestro dispositivo y la orientación en su caso de la intervención en salud mental.

Fase de tratamiento:

Se establecen un mínimo de 10 sesiones de intervención orientadas a cubrir los objetivos planteados contemplando también los procesos asistenciales de la conducta adictiva que manifieste el paciente. Como objetivos generales en estas sesiones y añadiendo los que específicamente se contemplan en cada caso, se plantean:

1. Proporcionar un sistema de creencias racionales que permitan:

- Conocer las características de pensamientos racionales e irracionales discriminándolos.
- Saber discriminar las propias creencias irracionales.
- Generar emociones adecuadas
- Facilitar la consecución de metas y objetivos personales
- Conocer la interrelación cognición-emoción-conducta motora.
- Conocer el funcionamiento de la activación corporal asociada a emociones negativas.
- Aprender a cuestionar lógica y empíricamente los pensamientos y creencias irracionales detectadas. Saber reemplazar las creencias irracionales por otras más lógicas.
- Aprender a utilizar autoinstrucciones eficaces para atender demandas y problemas que surjan.
- Adquirir habilidades básicas en el manejo de la activación fisiológica inadecuada. Utilizar técnicas de relajación de Jacobson.

2. Fomentar el establecimiento de metas razonables.

3. Fomentar habilidades de resolución de problemas interpersonales.

4. Fomentar habilidades de autocontrol.

5.-Fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Para el logro de dichos objetivos utilizaremos:

- Reestructuración cognitiva.
- Resolución de problemas, centrado en la autoeficacia del individuo y sus propios recursos.
- Entrenamiento en autoinstrucciones, responsabilizándose de los cambios.
- Entrenamiento en autocontrol emocional.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

12. Seguimiento terapéutico

El seguimiento terapéutico se llevará a cabo a través de citas programadas, tanto médica como psicológica, la primera a la semana de iniciado el tratamiento, para ir espaciándolas en función de la estabilización del paciente, pero nunca más tarde de tres meses. En estos casos se contempla un seguimiento terapéutico más prolongado, pudiendo durar varios años según el caso, ya que la consecución de objetivos suele ser más lenta.

Se valorará la abstinencia, la toma de la medicación, la mejora de los síntomas, los efectos adversos o indeseables de la medicación, la evolución de la comorbilidad psiquiátrica, la adaptación conductual, las relaciones interpersonales, las relaciones familiares. Asimismo, el retomar las actividades interrumpidas, las ideas y los planes de futuro.

Igualmente ha de valorarse el nivel de concienciación sobre el problema, el nivel de motivación, el nivel de introspección el nivel de autoeficacia y las expectativas personales respecto al cambio, así como el grado de consecución de los objetivos y la necesidad de ir planteando otros.

13. Finalización

13.1. Por alta del paciente:

Mejoría al haberse alcanzado los objetivos planteados, con recuperación estable y mejora a nivel conductual. En este caso sería conveniente comunicar tanto al paciente como a la familia, en su caso, la evolución seguida y los motivos del alta. De la misma manera sería necesario informar a su médico de cabecera de esta decisión a través del sistema Diraya, para su conocimiento.

13.2. Por abandono:

Cuando el paciente decide no acudir a citas, dándole de alta en el sistema de registro siPASDA a los seis meses de la última cita. Sería conveniente informar de este hecho a su médico de cabecera para que lo tuviese en cuenta y con ello poder actuar en caso de acudir a su consulta por otro motivo de salud.

13.3. Por derivación a otro recurso de segundo nivel en la atención a las drogodependencias y adicciones, fuera de la provincia (otro CPD o CCD), no será dado de alta si es derivado a un recurso de tercer nivel en la atención a las drogodependencias y adicciones (CT,VAT, VAES, etc.); o si acude a otro recurso dentro de la provincia que no pertenezca a la red de atención a las drogodependencias y adicciones

En este sentido deberá de informarse al Equipo de Salud Mental de referencia en todos los supuestos anteriores.

14. Bibliografía

- Pérez-Gálvez B.; De Vicente-Manzanaro M.P.; García-Fernández L.; Romero-Escobar C.; Oliveras-Valenzuela M.A. (2008). *"Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio"*. Trastornos Adictivos. Volumen 10. NÚM1
- García-Cabeza, I.; Epifanio-Gutiérrez, M. M.; Medina O.; Vidal, J.; Arango, C. (2008). *"Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave"*. Trastornos Adictivos. Volumen 10 NUM.1 :32-41
- Ávila Escribano, J.J.; Villa Díez, Y. R. (2007). *"Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína"*. Trastornos Adictivos. Volumen 9 NUM. 4 :279-83
- Caparrós-Caparrós B., Villar-Hoz E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007)
- Symptom Check-List-90-R: *"Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios"*. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 7 N°3
- González Saiz, F; Iraurgi Castillo, J. (2006). *"Instrumentos para la valoración, diagnóstico y evaluación en drogodependencias"*. En *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias*. Volumen 3. CAPÍTULO 8. Sociedad Española de Toxicomanías.
- E.G. Usieto, M.C. Pernia y C. Pascual (2006). *"Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. Rehabilitación psicosocial"*. 2006; Volumen 3 N°1
- Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2006). *"Trastorno límite de la personalidad (TLP)"*. (Quaderns de salut mental ; 8) Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Edición: CatSalut 1ª edición: Barcelona.
- Touriño, R. (2006) *"Patología dual y rehabilitación psicosocial"*. Rehabilitación Psicosocial. Volumen 3, N°1.
- Roncero C.; Matalí, J.; Yelmo, Y. S (2006). *"Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual"*. Trastornos Adictivos. Volumen 8 NUM.1:1-5
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). *"Tratamiento cognitivo-conductual"*. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez ce los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, Manual SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- J. A. Fernández-Fernández y R. Touriño-González (2006). *"Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial"*. Rehabilitación psicosocial. Volumen 3 N°1
- Pedrero Pérez, E.J. López Duran, A. (2005). *"Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico?"*. Adicciones. Volumen 17 N°3: 215-230
- Martínez-González, J.M. y Trujillo H.M. (2005). *"Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento"*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 5, 43-66.
- Szerman N, Peris MD, Ruiz A. (2004). *"Trastorno borderline de personalidad"*. Madrid. Entheos.
- Baamonde M.G. (2004). *"Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica"*. Papeles de psicólogo, 87, 9-19.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo H.M. (2003). *"Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad"*. Madrid. Biblioteca Nueva.

- Quiroga E. y Errasti J.M. (2003). *"Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad"*. En, M.Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (coord). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. (pp.405-428). Madrid. Pirámide.
- Rubio, V. y Pérez, A. (2003). *"Trastornos de la personalidad"*. Madrid. Elsevier.
- Leonard R., Derogatis Ph.D. (2002). *"Manual SCL-90-R Adaptación Española"*. TEA Ediciones.
- APA (2002). *"Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"*. (4ªEd. Texto Revisado). Barcelona. Masson.
- Casas, M.; Guardia, J. (2002). *"Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo"*. Adicciones VOL. 14, SUPL. 1
- Sáiz, P.A.; G-Portilla, Mª P.; Paredes, M.ª B.; Bascarán, Mª. T.; Bobes, J. (2002). *"Instrumentos de evaluación en alcoholismo"*. Adicciones VOL. 14, SUPL. 1
- Gunderson J.G. y Gabbard G.O. (2002). *"Psicoterapia en los trastornos de la personalidad"*. (pp. 76-80). Barcelona. Ars Médica.
- Fernández Miranda J.J. (2001). *"La evaluación en adicciones: ¿De qué instrumentos disponemos?"*. Psiquis, 2001; 22 (5): 183-193.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon M., Williams J.B. (2001). *"Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IVR. Versión Clínica"*. Editorial Masson.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon M., Williams J.B. (2001). *"Guía del Usuario para la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IVR"*. Editorial Masson.
- San Narciso, G.I.; Gutiérrez, E.; Sáiz, P.A.; González, Mª P. Bascarán, Mª T.; Bobes, J. (2000). *"Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroínómanos mediante el Internacional Personality Disorders Examination (IPDE)"*. Adicciones VOL. 12, NÚM. 1.
- Millon T. (1998). *"Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV"*. Barcelona, Masson.
- Bernardo M., Roca M. (1998). *"Trastornos de la Personalidad. Evaluación y Tratamiento"*. Perspectiva psicobiológica. Barcelona, Masson.
- González Saiz, F. (1997). *"Patología Dual, entre la integración y la complementarie-dad"*. Proyecto, nº 24, 9-13.
- Zimberg, S. (1996). *"Introducción y Conceptos Generales del Diagnóstico Dual"*. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar, Diagnóstico Dual. (21-40). Barcelona. Ediciones en Neurociencias, S.L.
- Beck, A.T. y Freeman A. (1995). *"Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad"*. Barcelona. Paidós.
- APA (1996). *"DSM-IV Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales"*. Barcelona. Masson.



Actividades a desarrollar por los profesionales en drogodependencias y adicciones





Índice

1	Detección y recepción del paciente	131
2	Primera entrevista médica y psicológica	132
3	Evaluación médica y psicológica	132
4	Valoración médica psicológica	133
5	Intervención	133
6	Seguimiento	133
7	Reorientación	134
8	Actividades de colaboración	134

5. Actividades a desarrollar por los profesionales en drogodependencias y adicciones



Actividades a desarrollar por los profesionales en drogodependencias y adicciones

6.1. Detección y recepción del paciente

-La procedencia del paciente puede ser muy diversa: por iniciativa propia a través de la Unidad de Atención al Usuario del Centro de Salud, derivado por su médico de cabecera, demanda espontánea, derivado de otra especialidad médica (Salud Mental), por una asociación, por profesionales de los servicios sociales o través de la familia.

-Para ello es necesaria una buena relación de cooperación entre el equipo de tratamiento ambulatorio del CPD y el personal sanitario de cada Centro de Salud, así como con los colectivos sociales de la zona, con el personal administrativo, con los servicios sociales comunitarios y con los profesionales del sistema educativo.

-El/la paciente será atendido por aquel profesional del equipo de tratamiento ambulatorio del CPD que corresponda por sus días de atención en el Centro de Salud.

6.2. Primera entrevista médica y/o psicológica

- La atención será personalizada e individualizada.
- Se preservará en todo momento el derecho a la intimidad.
- El profesional será en todo momento respetuoso y empático en la acogida y tratamiento.
- Se realizará la Historia Médica o Psicológica en su caso y exploración clínica y funcional teniendo en cuenta los siguientes aspectos: diagnóstico clínico, siguiendo los criterios del DSM-IV TR; descartar patología orgánica, dificultades y problemas en áreas como la vida cotidiana, la educación, el empleo, las relaciones sociales, las relaciones de pareja, las relaciones familiares, etc.
- Se informará al paciente de su situación en todo momento y de modo adecuado a sus capacidades.
- Se derivará el paciente entre los diferentes miembros de equipo (en función de quien lo haya visto en ese momento) para las actuaciones que cada uno debe de desarrollar.
- Se tendrá en cuenta el trabajo previo realizado por Atención Primaria o por el equipo especializado que derive.

6.3. Evaluación médica y psicológica

- La entrevista de evaluación necesariamente debe de contar con lo recogido en los protocolos y guías de actuación tanto médicas como psicológicas, teniendo en cuenta sobre todo: situación que motiva la demanda; los antecedentes personales y familiares; la exploración clínica, psicopatológica y psicológica; los factores de riesgo; la evaluación funcional; las repercusiones, la evaluación familiar y la evaluación social. Ésta podrá completarse con el empleo de instrumentos estandarizados de evaluación de uso compatible con el contexto de salud tanto médica, psicológica como social que presente el/la paciente y que vienen recogidos en este proceso.
- Con el fin de completar de una manera más adecuada el caso, se podrá recurrir a otros profesionales, a través de interconsultas según el procedimiento establecido, previa derivación acompañada de informe clínico.
- Toda la información recopilada quedará recogida en la historia clínica.

6.4. Valoración médica y psicológica

-Es la parte que integra toda la información recogida por los diferentes profesionales, determinando el tipo de problemas y la categorización diagnóstica de los mismos.

-Se llevará a cabo mediante reuniones del equipo donde se analizará toda la información disponible, tanto propia como la elaborada por otros profesionales que han intervenido de manera complementaria en el caso, siendo necesario emitir un informe sobre la impresión clínica del mismo, quedando recogido en su historia clínica.

6.5. Intervención

-Establece la visión general de los principales problemas del paciente, las estrategias seguidas para abordarlos y de las intervenciones concretas que se consideran adecuadas para resolverlos.

-Se elaborará el plan terapéutico a seguir, para ello se correlacionan los problemas detectados con los recursos y programas disponibles, así como los objetivos a conseguir.

-Se determinan las prioridades a corto, medio y largo plazo.

-El Plan y prioridades terapéuticas deberá ser acordado, consensuado o negociado con el/la paciente y con sus familiares o acompañantes en caso de ser autorizado por este/a, teniendo en cuenta lo recogido en la ley de autonomía del paciente.

-Incluirá la prescripción de la medicación y las intervenciones psicoterapéuticas según la evidencia clínica disponible, establecidas tanto a nivel individual como de grupo en función del caso.

-Se solicitará el consentimiento informado al/la paciente para poder llevar a cabo todas las actuaciones previstas y que firmará tanto éste como su familia o acompañante, en caso de que éstos asistan.

-Se informará a su médico de cabecera de las actuaciones que se van a llevar a cabo con el/la paciente, según el modo establecido.

-Todo ello quedará registrado en su Historia Clínica.

6.6. Seguimiento

-Permitirá evaluar periódicamente la situación del sujeto y en su caso reestructurar el plan terapéutico individual propuesto, previo acuerdo de equipo con el/la paciente.

- Se revisará cada uno de los objetivos, el grado de consecución de los mismos o las variaciones que se hayan podido dar en cada momento, estableciendo correcciones y nuevas estrategias teniendo en cuenta los logros, fracasos, dificultades y modificaciones personales y del entorno.

- Se llevará a cabo a través de entrevistas programadas periódicas, según tiempo establecido y teniendo en cuenta lo recogido en el presente proceso de atención.

- Incluirá la revisión de toma de medicación y el desarrollo de las intervenciones psicoterapéuticas propuestas.

- Todo ello quedará recogido en su Historia Clínica a través de las hojas de seguimiento.

6.7. Reorientación

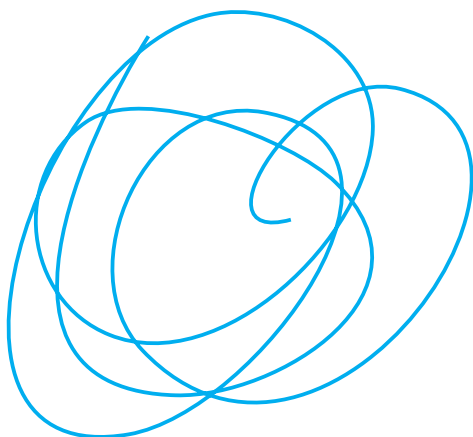
- En algunas ocasiones se hace necesario un cambio de orientación del plan terapéutico establecido. Ello se podrá llevar a cabo con la justificación necesaria y siempre que el paciente lo autorice.

6.8. Actividades de colaboración

- Cuando el/la paciente no mejora, o los profesionales tienen necesidad de asesoramiento o de ayuda, se deberá solicitar colaboración de otros profesionales, de otros equipos, o de otros niveles de atención, al objeto de poder dar respuesta a las posibles dificultades o nuevas situaciones que se presenten en cada caso.

- Se llevarán a cabo a través de comunicación telefónica o remitiendo informes vía telemática, lo que permitirá crear un adecuado espacio de colaboración entre profesionales.

Competencias de los profesionales para el desarrollo de la atención en drogodependencias y adicciones





Índice

1	Competencias específicas para médicos	139
2	Competencias específicas para psicólogos/as	140



Competencias de los profesionales para el desarrollo de la atención en drogodependencias y adicciones

7.1. Competencias específicas para médicos

- Realización de historia clínica y exploración física de pacientes con problemas de drogodependencias y adicciones.
- Manejo en la petición de exploraciones complementarias más importantes en drogodependencias y adicciones.
- Evaluar de manera adecuada los resultados de las determinaciones de tóxicos en orina y su implicación en el abordaje de la patología asociada al consumo.
- Manejo de los principales protocolos que en atención a drogodependencias y adicciones existen.
- Estar informados sobre los distintos recursos tanto provin-

ciales como supraprovinciales existentes para la atención a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, así como con los criterios de derivación a los mismos.

- Conocimiento de los distintos programas que a nivel de atención socio-sanitario existen.

- Capacidad para atender las necesidades tanto a nivel preventivo como de incorporación social que los pacientes necesitan.

- Derivaciones a otros servicios asistenciales a través de interconsultas con el objeto de mejorar la atención integral del paciente.

- Manejo de psicofármacos, metadona, fármacos anticraving, antagonistas, aversivos, de mayor uso en drogodependencias y adicciones.

- Estar capacitado para la realización de diagnósticos y de problemas relacionados con el consumo de sustancias.

- Tener habilidades para el manejo clínico y el seguimiento del paciente drogodependiente.

- Tener habilidades para el trabajo con la familia y conocimiento del entorno del paciente drogodependiente.

- Participar en las sesiones clínicas y sesiones de formación recogidas en el plan de formación continua de la Unidad de Drogas y Adicciones, así como en los encuentros profesionales programados.

- Tener conocimientos para la desintoxicación y para la atención de las recaídas del drogodependiente.

- Realización de informes médicos y apoyo a otros profesionales.

- Adoptar conocimientos y participar en proyectos de investigación en drogodependencias y adicciones.

- Conocer y manejar de los principales instrumentos de detección, evaluación y orientación diagnóstica en drogodependencias y adicciones.

7.2. Competencias específicas para psicólogos/as

- Disponer de conocimientos en evaluación, diagnóstico y tratamiento en conductas adictivas y en las psicopatologías asociadas.

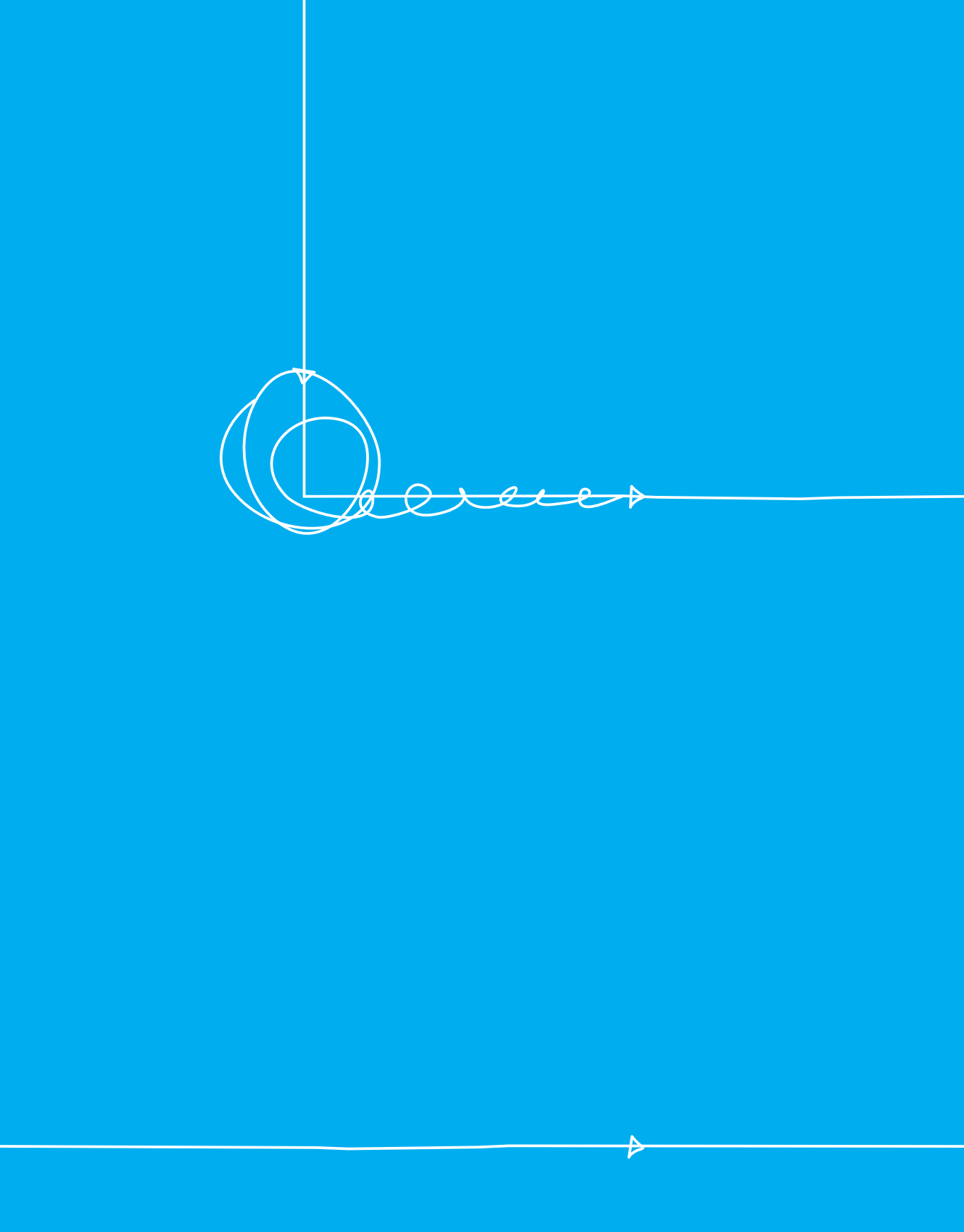
- Disponer de instrumentos técnicos para el seguimiento de la evolución y reevaluación de las intervenciones individuales en drogodependencias.

- Realización de Informes psicológicos y apoyo a otros profesionales.

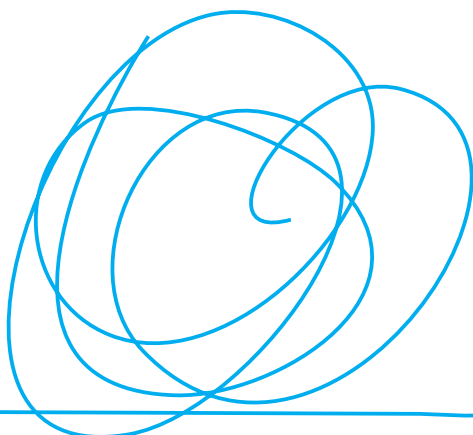
- Tener habilidades para tratamientos en terapia de grupo.

- Capacidad para el tratamiento de disfunciones en el entorno familiar.
- Realizar terapia de grupo para familias en drogodependencias.
- Intervención en terapia de parejas.
- Consejo, asesorías, consultas y enlaces o derivaciones a otros servicios.
- Prevención y promoción de la salud a través de intervenciones comunitarias y apoyo a iniciativas sociales y de autoayuda.
- Participación en proyectos de investigación.
- Participar en las sesiones clínicas y sesiones de formación recogidas en el plan de formación continua.
- Capacidad para atender las necesidades tanto a nivel preventivo como de incorporación social que los pacientes necesitan.
- Conocimiento de los distintos recursos tanto provinciales como supra-provinciales existentes para la atención a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, así como con los criterios de derivación a los mismos.
- Conocimiento de los distintos programas que a nivel de atención socio-sanitario existen.
- Manejo de los principales protocolos que en atención a drogodependencias y adicciones existen.
- Conocimiento y manejo de los principales instrumentos de detección, evaluación y orientación diagnóstica en drogodependencias y adicciones.

Las competencias de los profesionales, antes descritas, deberán complementarse con el trabajo desarrollado por otros profesionales (trabajadores/as sociales, educadores/as, monitores/as, personal de programas y auxiliar) que están implicados en los procesos de atención y resolución en las distintas patologías que se presenten en materia de Drogas y Adicciones.



Indicadores de evaluación del proceso





Indicadores de evaluación del proceso

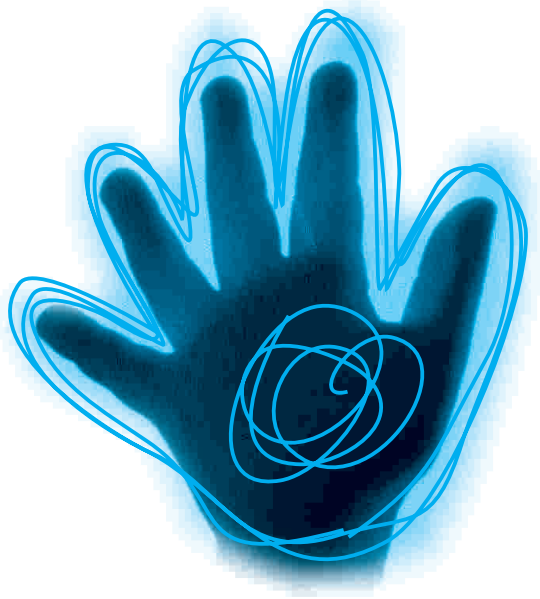
Con independencia de los mecanismos de evaluación, seguimientos y control establecidos por la Dirección General de Drogodependencias de la Junta de Andalucía, se hace necesario implementar éstos a través de indicadores de evaluación que posibiliten la autoevaluación y análisis del trabajo de los profesionales y equipos.

A continuación reseñamos una serie de indicadores a tener presentes, como serían:

- Número de pacientes que demandan atención por trastorno relacionado o inducido por el consumo de sustancias o por conductas adictivas y son incluidos en el proceso asistencial.
- Número de pacientes derivados de atención primaria para inclusión en el proceso asistencial.

- La información que acompaña a los pacientes en sus derivaciones y la que se facilita por los profesionales.
- Número de diagnósticos recogidos.
- Nivel de recogida de datos sobre los problemas atendidos y grado de priorización de los mismos.
- Pertinencia de las intervenciones propuestas.
- Informes de valoración emitidos por los equipos.
- Resultados de los planes terapéuticos individuales propuestos.
- Adecuación de los tratamientos psicofarmacológicos a la evidencia científica disponible.
- El nivel de justificación de los tratamientos propuestos fuera de ficha técnica.
- Grado de medicalización de los problemas existentes.
- Adecuación de los tratamientos psicoterapéuticos a la evidencia científica disponible.
- Número de intervenciones sociales propuestas.
- Uso de las redes sociales no institucionales por parte de los pacientes.
- Demora en la transferencia de casos entre niveles o recursos.
- Número de pacientes compartidos con salud mental en lo que a patología dual se refiere.
- Frecuencia y resultado de las reuniones de valoración y seguimiento de pacientes por equipos.
- Grado de satisfacción de los pacientes y familia.
- Grado de satisfacciones de los profesionales.

Atención social en drogodependencias y adicciones



Autora:

Inmaculada Santiago Hernández



Índice

1	Justificación	151
2	Definición	152
3	Inicio de la atención	152
4	Modo de derivación	153
5	Abordaje	153
6	Intervención	154
7	Metodología	155
8	Tratamiento	155
9	Actividades y tareas a desarrollar	155
10	Colaboración con otros profesionales de servicios sociales	156
11	Seguimiento	156
12	Evaluación	157
13	Final del proceso	157
14	Competencia profesional específica del/la trabajador/a social en drogodependencias	157
15	Bibliografía	159



Atención social en drogodependencias y adicciones

1. Justificación

El diseño de los procesos de atención a pacientes con trastornos por consumo de sustancia: alcohol, cocaína, heroína, patología dual, etc., debe de ser integral, lo que supone la participación de médicos/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales y otros profesionales.

La realización del proceso de atención social en este documento se ha elaborado de forma independiente a la de otros profesionales por considerarse una intervención transversal y presente en todas las fases del tratamiento, siendo un proceso continuo y global desde un circuito terapéutico adecuado.



LA Atención Social implica a diferentes profesionales que intervienen en el proceso terapéutico, partiendo de la derivación de pacientes, con el fin de gestionar recursos sociales y facilitar la continuidad en la intervención e implicación interprofesional y de otros recursos y sistemas.

Por tanto, este capítulo, pretende asegurar que el tratamiento social sea un elemento más del abordaje terapéutico y que se produzca en el momento y en la forma más adecuada.

2. Definición

Atención a pacientes con trastornos por consumo de sustancias o adicciones derivados por los equipos de tratamiento ambulatorio que presentan necesidades sociales que tienen que ser abordadas socialmente, con carácter complementario a la intervención terapéutica.

3. Inicio de la atención

El proceso de atención social se iniciará por demanda explícita del paciente a los equipos de tratamiento ambulatorio, o bien por una necesidad social detectada por éstos. Para ello se solicitará valoración social y apoyo al tratamiento. En todo caso se iniciará el proceso de atención social cuando concurran las siguientes circunstancias:

- Pacientes con ingresos en recursos específicos externos (VAR, VAES, VAT, CT...), y salidas terapéuticas de éstos.*
- Pacientes sin apoyo familiar o con desorganización en el núcleo familiar (con y sin menores).*
- Carencias económicas o necesidades sociales básicas.*
- Problemas de alojamiento o déficit en el ámbito social.*
- Falta de información sobre recursos sociales.*
- Problemas de discapacidad, incapacidad, etc.*
- Situaciones relacionadas con menores, mujer, convivencia social y familiar.*
- Pacientes con problemas administrativos, judiciales o penales.*
- Carencias de habilidades y relaciones sociales y de ocupación del tiempo libre.*
- Necesidad de formación profesional u ocupacional y empleo*

4. Modo de derivación

La derivación al trabajador/a social de drogodependencias se hará a través del siPASDA, dando cita programada en su agenda e informando sobre el motivo, los datos biográficos del paciente, del estado físico y/o psicológico, el motivo de la derivación y personas de referencia del paciente y número de teléfono de contacto.

5. Abordaje

El abordaje social en drogodependencias tiene por objeto dar respuesta a las necesidades de pacientes a través de atención individualizada y/o familiar y la gestión de recursos y programas específicos o facilitando el acceso a otros recursos comunitarios -públicos o de iniciativa social-, procurando la rehabilitación e incorporación social de éstos desde el consentimiento del interesado.

Dicho abordaje implica analizar y valorar:

-La relación del sujeto con las drogas y dependencia.

-Estudiar su entorno social.

-Conocer la situación socio-familiar y relacional.

Para ello se intervendrá desde una atención personalizada, apoyando el tratamiento desde la colaboración con otros agentes sociales y profesionales en su ámbito convivencial.

La Atención Social en drogodependencias tiene distintos niveles de actuación:

-Información a usuarios, familiares y profesionales sobre los programas, recursos y actuación en drogodependencias del Centro Provincial y Equipos de Tratamiento Ambulatorio.

-La atención individual y familiar.

-Coordinación y colaboración con otros profesionales de los recursos públicos y de iniciativa social y de autoayuda.

-Diseño de Programas de Incorporación Social.

-Gestión de programas específicos para el trabajo con pacientes.

En el abordaje social se establecerá un Plan de actuación que partirá de una interrelación entre equipos de tratamiento ambulatorio, recursos específicos y recursos comunitarios.

6. Intervención

Desde que el trabajador social tiene una cita programada en el siPasda, se recaba la máxima información posible del usuario/a en entrevista personal, a través de la familia, del terapeuta de referencia, de la historia médica-psicológica, o de otros recursos donde anteriormente ha sido tratado, y se vuelca en la historia social.

La primera cita con el paciente y familia, en caso de que éste lo autorice, es la acogida por el/la profesional del caso; en ella se pretenderá crear un clima adecuado de escucha, de empatía, que les permita expresar su situación personal, familiar y social. Durante la acogida utilizaremos preguntas abiertas en una entrevista poco estructurada que tiene como objetivo fundamental establecer la relación profesional-usuario/a.

También recabamos información de los familiares o persona/as de referencia que lo acompañen.

Desde la primera entrevista es imprescindible realizar la historia social, que se puede completar en una segunda entrevista si fuese necesario por la complejidad del caso.

La historia social recoge los datos siguientes: datos de filiación, profesional de referencia en su tratamiento, adicción por la que consulta o es derivado, relación con la droga, tratamiento, situación personal del sujeto, situación familiar, económica, de vivienda, profesional, laboral, de formación, relaciones sociales y ocio, situación judicial, cuestiones relativas a su salud y estado psicológico a tener en cuenta. Además, recogerá demandas explícitas del paciente, razón por la que consulta, y una valoración de la motivación del sujeto para poder orientarlo proponiendo unos objetivos consensuados conjuntamente entre profesional y paciente.

Desde ese momento se supone una relación profesional, que se desarrollará en un seguimiento social, a través de revisiones programadas en las que se evalúen los acuerdos tomados y los objetivos alcanzados y se propongan otros y valorándose los avances y retrocesos, siempre desde una visión dinámica.

Se realizará el diagnóstico y pronóstico social a través de instrumentos como la entrevista semiestructurada, codiagnóstico, mapa de relaciones familiares, mapa de relaciones sociales, plan de trabajo compartido, ecomapa, genograma.

7. Metodología

La metodología y técnicas de intervención serán las propias del Trabajo Social.

La metodología de intervención en drogodependencias está basada en el acompañamiento en el proceso de resolución de los conflictos sociales, ya sean de carácter asistencial o de incorporación social, dentro de un contexto terapéutico, bajo el principio de “protección social”.

Las técnicas a aplicar se basarán en la motivación para la recuperación personal y social, partiendo de las potencialidades del sujeto, sus habilidades y actitudes que faciliten el proceso de recuperación.

8. Tratamiento social

Garantizar el acceso y acogida en el proceso de Atención Social es el principal paso para el tratamiento de la persona, para ello la acogida ha de realizarse en un lugar adecuado, en un ambiente tranquilo y con los datos de la derivación completos. La atención, valoración y orientación responderá al trabajo sobre las siguientes situaciones:

- Pacientes incluidos en programas de tratamiento ambulatorio.*
- Pacientes derivados a recursos de tercer nivel, y en salidas terapéuticas.*
- Apoyo a la movilización de recursos sociales generales y específicos en el entorno social y familiar.*
- Movilización de recursos, derivación y coordinación con Servicios Sociales Comunitarios y otros programas específicos (incorporación, asistencia jurídica, orientación laboral, etc.).*

9. Actividades y tareas a desarrollar

- Consulta de información.*
- Consulta de valoración diagnóstica social.*
- Citas para revisiones y seguimiento.*
- Elaboración de informes y protocolos de intervención y derivación.*
- Realización de la historia social.*
- Contacto con pacientes para citarlos de manera programada.*
- Revisiones de pacientes y familiares a través de tecnologías de comunicación (teléfono, internet, etc.).*
- Interconsultas con profesionales de servicios sociales, de salud y de la red de drogodependencias y otros de iniciativa social y autoayuda.*

- Preparación y asistencia a reuniones profesionales.
- Gestiones y trámites que faciliten la asistencia a usuarios/as.
- Visita a recursos sociales y de incorporación social.
- Elaboración de programas específicos.
- Participación en actividades de formación y prevención.

10. Colaboración con otros profesionales de servicios sociales y salud.

Actualmente, existe una colaboración continuada con los/las trabajadores/as sociales de la Red de Servicios Sociales Comunitarios, con los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF), con profesionales de Hospitales y Salud Mental, de Equipos de Justicia y Educación y también con otros recursos específicos y voluntariado social.

Para ello se elaboran protocolos de derivación y seguimiento en los casos de:

- Pacientes del Centro de Tratamiento de Drogodependencias que necesiten la ayuda de Servicios Sociales Comunitarios (Programa de Ayuda a Domicilio, Ayuda Económico-familiar, Emergencia Social, Autonomía y Atención a las Dependencias, Infancia y Familia,...)*
- Usuarios/as de los Servicios Sociales Comunitarios que necesiten de tratamiento.*
- Al igual se protocolizan las derivaciones con otras entidades: Hospitales, Equipos de Valoración a Discapacitados, Centros de Acogida a Transeúntes, Voluntariado e Iniciativas Sociales, Educación, Justicia y Administraciones Públicas, Subdelegaciones del Gobierno de España, etc.*

11. Seguimiento

Individual y familiar o a través del voluntariado, contando con el consentimiento del paciente. Con revisiones del plan de trabajo individualizado y los objetivos planteados, teniendo como fin el alta terapéutica o alta con objetivos intermedios conseguidos.

12. Evaluación

Los parámetros que utilizaremos para la evaluación de la atención social son los siguientes:

- Número de derivaciones realizadas y personas atendidas.*
- Asistencia a las citas programadas.*
- Gestiones realizadas.*
- Programas diseñados.*
- Actividades realizadas.*
- Permanencia y adherencia de usuarios/as.*
- Número de derivaciones realizadas a recursos de drogodependencias.*
- Número de derivaciones realizadas a otros recursos de carácter general.*
- Número de informaciones facilitadas a otras instituciones y asociaciones.*
- Número de informaciones facilitadas a familiares o ciudadanos.*

13. Final del proceso

- Alta por consecución de los objetivos planteados.*
- Abandono del tratamiento cuando no asiste a las citas programadas sin justificación en un periodo de 6 meses.*
- Abandono del seguimiento social, lo que se notificará a su terapeuta de referencia para su conocimiento.*
- Derivación a otros recursos de drogodependencias o sociales.*
- Incorporación a un programa que tiene su propio seguimiento.*

14. Competencia específica del/la trabajador/a social en drogodependencias

- Capacitación específica en drogodependencias y adicciones.*
- Capacidad de intervenir en procesos de rehabilitación de personas con problemas relacionados con las drogodependencias y adicciones.*
- Capacidad de elaborar y evaluar programas.*
- Manejo del sistema de información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones: siPASDA*
- Habilidades en las relaciones interpersonales*
- Manejo de situaciones personales en conflicto y en crisis.*

- Conocimiento sobre el medio social, institucional, profesional y de programas y recursos en drogodependencias y adicciones.
- Habilidades de relación y coordinación interinstitucional.
- Participación en proyectos de formación e investigación en drogodependencias y adicciones.
- Elaboración de Informes Sociales y en su caso petición de éstos a la Red de Servicios Sociales Comunitarios.
- Derivación de pacientes a recursos específicos de drogodependencias y adicciones y potenciar el acceso a recursos normalizados.
- Conocimiento y participaciones en programas específicos.
- Favorecer los diferentes protocolos de cooperación con entidades y sistemas públicos y/o de iniciativa social.

15. Bibliografía

- La "*Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas*"(art.19).
- BOJA N° 83, 19 de julio de 1987.
- II Plan Andaluz sobre Drogas. Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Junta de Andalucía. ISBN SE-3534-2001
- I Plan Drogas y Adicciones de la Provincia de Córdoba (2006. Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Fernández, A y Jiménez, Antonio M.(2002). "*El Informe Social. Cuestiones a debate*".
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social (1999), Código Deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social.
- La Incorporación Social en Drogodependencias en Andalucía. (2006). Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía.
- Ander-Egg ,E (1995). "*Técnicas de Investigación Social*". Buenos Aires.
- Barrera, E (2005). "*Metodología del Trabajo Social*". Aconcagua. Sevilla.



Anexos





Índice

Anexo	1	Consentimiento informado personal para la utilización bajo control médico y psicológico de medicación psicocofarmacológica e intervención psicoterapéutica	165
Anexo	2	Cuestionario de Richmond	166
Anexo	3	Cuestionario de Fagerström	167
Anexo	4	Cuestionario de Russel	168
Anexo	5	Cuestionario de Stai	170
Anexo	6	Fases de abstinencia de cocaína	172
Anexo	7	Valoración del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (según Soler P.A. y cols 1981)	173
Anexo	8	Valoración del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (según Clinical Institute Withdrawal Assessment-CIWA)	174
Anexo	9	Exploración física y pruebas diagnósticas en alcoholismo	176
Anexo	10	Cuestionarios de evaluación en alcoholismo	180
Anexo	11	Tipología de Ries	182
Anexo	12	Instrumentos de evaluación de uso en patología dual	183
Anexo	13	Informe clínico	186



Anexo 1

Consentimiento informado personal para la utilización bajo control médico y psicológico de medicación psicocofarmacológica e intervención psicoterapéutica.

Manifiesto voluntariamente que he sido informado/a por el equipo médico-psicológico que me atiende, de la necesidad de que se me realicen las analíticas necesarias y de que me sean administrados psicofármacos o se me apliquen técnicas psicoterapéuticas, para el tratamiento de mi proceso en curso. Se me ha explicado detenidamente que algunos fármacos no recogen en ficha técnica dicha indicación, los efectos, los riesgos más comunes, y el conocimiento de que en algún caso se han producido algunos efectos adversos con la toma de la medicación recomendada. En caso de que sea necesaria la prescripción de un medicamento fuera de ficha técnica, se me ha informado de los motivos que justifican tal decisión y en su caso las alternativas que existen. Se me han explicado los objetivos esperables de la terapéutica a realizar, la posibilidad de que pueda ser necesario algún procedimiento diferente y la existencia de otras alternativas al tratamiento. La información se me ha dado de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de autorizar al equipo médico-psicológico que me atiende a aplicar el tratamiento propuesto.

En Córdoba a: _____

Firma del paciente

Firma del familiar

Firma del médico/a y/o psicólogo/a

Anexo 2

Cuestionario de Richmond

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

Si	0
No	1

2. ¿Cuánto interés tiene Vd. en dejarlo?

Nada en absoluto	0
Algo	1
Bastante	2
Muy seriamente	3

3. ¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?

El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0

4. ¿Intentará Vd. dejar de fumar en las próximas dos semanas?

Definitivamente no	0
Quizás	1
Si	2
Definitivamente si	3

5. ¿Cuál es la posibilidad de que usted sea un no fumador dentro de los próximos seis meses?

Definitivamente no	0
Quizás	1
Si	2
Definitivamente si	3

Puntuación total

Anexo 3

Cuestionario de Fagerström

Instrucciones: Ponga una X junto a la opción que se ajuste mejor a su realidad.

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos	3
De 6 a 30 minutos	2
De 31 a 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0

2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?

Si	1
No	0

3. ¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?

El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0

4. ¿Cuántos cigarrillo fuma al día?

Menos de 10 cigarrillos	0
Entre 11 y 20 cigarrillos	1
Entre 21 y 30 cigarrillos	2
Más de 30 cigarrillos	3

5. ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?

Si	1
No	0

6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?

Si	1
No	0

Puntuación total

Anexo 4

Cuestionario de Russel

He aquí algunas afirmaciones de personas que describen qué es lo que impulsa a fumar. ¿Piensas tú así cuando fumas? Rodea el número adecuado para cada afirmación. Importante: **CONTESTA A TODAS LAS PREGUNTAS**

		Siempre	Con frecuencia	Ocasionalmente	Apenas	Nunca
A	Fumo cigarrillos para evitar tener que aflojar en el trabajo	5	4	3	2	1
B	Manipular un cigarrillo forma parte del placer de fumarlo	5	4	3	2	1
C	Fumar cigarrillo es una experiencia agradable y relajante	5	4	3	2	1
D	Enciendo un cigarrillo cuando me siento irritado por alguna cosa	5	4	3	2	1
E	Si me quedo sin cigarrillos me pongo fuera de mí hasta que consigo una cajetilla	5	4	3	2	1
F	Fumo cigarrillos automáticamente sin siquiera darme cuenta de ello	5	4	3	2	1
G	Fumo cigarrillos para estimularme, para brillar en una reunión	5	4	3	2	1
H	Parte del placer de fumar un cigarrillo reside en el proceso de encenderlo	5	4	3	2	1
I	Encuentro agradables los cigarrillos	5	4	3	2	1
J	Cuando me siento incómodo o molesto acerca de algo, enciendo un cigarrillo	5	4	3	2	1
K	Cuando no estoy fumando un cigarrillo, soy consciente de que lo necesito	5	4	3	2	1
L	Enciendo muchas veces un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo otro encendido en el cenicero	5	4	3	2	1
M	Fumo cigarrillos para estimularme cuando me siento decaído	5	4	3	2	1
N	Cuando fumo un cigarrillo, parte del placer consiste en mirar las volutas del humo que exhalo	5	4	3	2	1
O	Cuando más me apetece un cigarrillo es cuando estoy cómodo y relajado	5	4	3	2	1
P	Cuando me siento triste y quiero dejar de pensar en preocupaciones y desgracias, fumo cigarrillos	5	4	3	2	1
Q	Siento un hambre realmente desesperada de cigarrillos cuando llevo mucho rato sin fumar	5	4	3	2	1
R	A veces me encuentro con un cigarrillo en la boca y no recuerdo haberlo puesto ahí	5	4	3	2	1

1.- Coloca el número que has rodeado con un círculo para cada frase en los espacios correspondientes, de forma que el número elegido para la frase A se sitúe en la línea A, para la frase B en la línea B, etc.

2.- Suma las tres puntuaciones de cada línea para obtener los totales. Por ejemplo, la suma de las puntuaciones de las líneas A, G y M indica el total de tu puntuación en ESTIMULACIÓN. La de las líneas B, H y N indican el total en MANIPULACIÓN, etc.

A	___	+	G	___	+	M	___	=	___	Estimulación
B	___	+	H	___	+	N	___	=	___	Manipulación
C	___	+	I	___	+	O	___	=	___	Relajamiento
D	___	+	J	___	+	P	___	=	___	Ayuda reducción de la tensión
E	___	+	K	___	+	Q	___	=	___	Necesidad; adicción psicológica
F	___	+	L	___	+	R	___	=	___	Hábito

Anexo 5

Cuestionario de Stai

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE USTED AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento desgastado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado"	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobrecitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Instrucciones:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE USTED EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

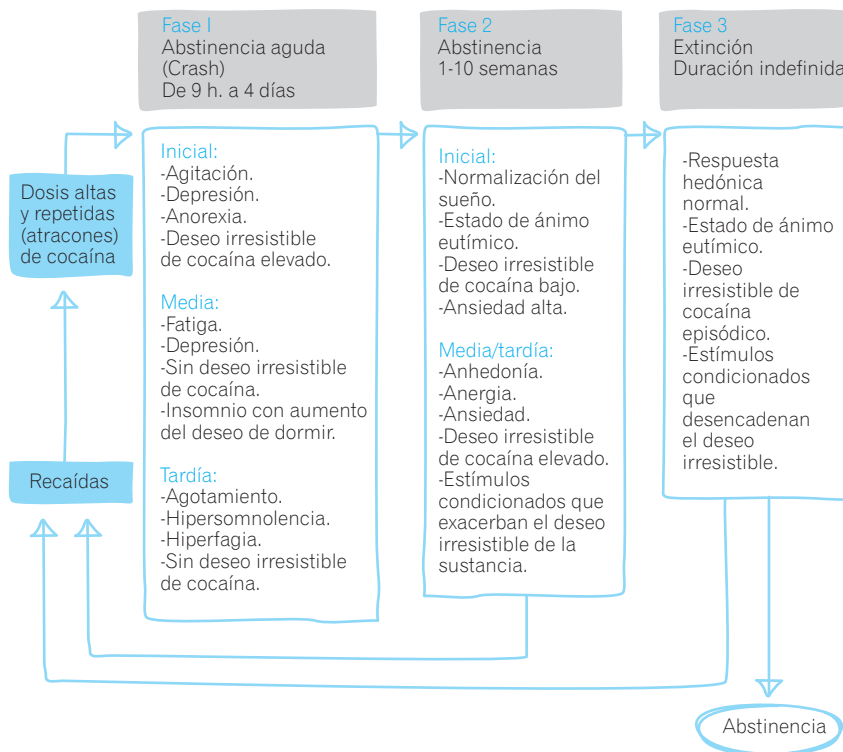
		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3
27	Me siento una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo 6

Fases de abstinencia de cocaína

La duración e intensidad de los síntomas varían según las características y el diagnóstico de atracones (binges). La duración de los atracones va de 4 horas a 6 o más días. La necesidad irresistible (craving) de cocaína de la fase 1 dura normalmente menos de 6 horas y después hay un periodo sin deseo irresistible de duración similar en la siguiente subfase (fase 1 leve). El deseo irresistible retoma sólo después de un retraso de 0,5-5 días, durante la fase 2.



(Tomado de Gawin FH, Kléber HD: Abstinence Symptomatology and psychiatric Diagnosis in Cocaine Abuser. Arch Gen Psychiatry 43:107-113,1986. Copyright 1986, American Medical Asociación.)

Anexo 7

Valoración del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (según Soler P.A. y cols 1981)

Síntomas	0 Puntos	1 Punto	2 Puntos	3 Puntos
Ansiedad	No	+	++	+++
Sudación	No	nocturna	nocturna y diurna	Gran diaforesis
Temblor	No/fino	Fino distal permanente	Intenso, permanente en lengua	Generalizado y palpable
Conciencia	No	Episodios nocturnos aislados	Nocturnos y diurnos	Notorio y constante
Desorientación	No	Episodios aislados	Desorientación total	Desorientación permanente
T. Percepción	No	Sólo nocturnos	Nocturnos y diurnos	Alucinaciones constantes y falsos reconocimientos
T. Memoria	No	Amnesias referidas a la noche	Amnesias referidas al día y la noche	Amnesias de más de 12 h.
Insomnio	No	Deconciliación o despertar precoz	Intermitente	Total
Hipertermia	No	No	No	Si
A. Psicomotriz	Normal	Normal	Inquietud	Agitación
Delirio ocupacional	No	No	No	Si

Anexo 8

Valoración del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (según Clinical Institute Withdrawal Assessment-CIWA)

Náuseas y vómitos

- 0 Ausencia de náuseas y vómitos
- 1 Náuseas moderadas sin vómitos
- 4 Náuseas intermitentes con arcadas secas
- 7 Náuseas constantes con arcadas y vómitos

Temblor (brazos extendidos y dedos separados)

- 0 Ningún temblor.
- 1 No visible, pero sensación de temblor fino.
- 4 Temblor moderado con los brazos extendidos
- 7 Temblor grave incluso sin los brazos extendidos.

Sudación paroxística

- 0 Ausencia de sudación.
- 1 Sudación discreta. Palmas de manos húmedas.
- 4 Sudación evidente en facies.
- 7 Sudación profusa.

Trastorno del tacto (hormigueo, picor, entumecimiento)

- 0 Ausentes.
- 1 sensaciones táctiles moderadas.
- 4 Presencia de alucinaciones táctiles moderadas.
- 6 Alucinaciones táctiles graves.

Trastornos auditivos

- 0 Ausencia
- 1 Muy discretos
- 3 Sensaciones auditivas moderadas
- 4 Presencia de alucinaciones auditivas
- 6 Alucinaciones auditivas graves

Trastornos visuales

- 0 Ausencia
- 1 Muy discretos
- 3 Sensaciones visuales moderadas
- 4 Presencia de alucinaciones visuales
- 6 Alucinaciones visuales graves

Alucinaciones

- 0 Ninguna
- 1 Sólo auditivas o visuales
- 2 Auditivas y visuales incongruentes
- 3 Auditivas y visuales congruentes

Orientación autopsíquica y alopsíquica

- 0 Orientado. Pueda añadir algunas referencias.
- 1 Dudoso con respecto a algunos datos (fecha, dirección etc.)
- 2 Desorientado en tiempo (no más de 2 días)
- 3 Desorientado en tiempo (más de 2 días)
- 4 Desorientación espacial y/o en persona

Calidad de contacto

- 0 Sintónico con el terapeuta
- 1 Tiende a distraerse
- 2 Parece contactar, pero esta desconectado del medio ambiente
- 4 Periódicamente parece indiferente
- 7 No establece ningún contacto con el examinador

Ansiedad

- 0 Ausente
- 1 Ansiedad discreta
- 4 Ansiedad moderada
- 7 Equivalente a los estados de pánico observados en el delirium

Trastornos del pensamiento (fuga de ideas)

- 0 Ausentes
- 1 Alguna pérdida del control de los contenidos del pensamiento
- 2 Contenidos desagradables de forma continuada
- 3 Fuga e incoherencia del pensamiento

Convulsiones

- 0 No
- 1 Si

Cefaleas y sensaciones de plenitud cefálica

- 0 Ausencia
- 1 Muy discreta
- 2 Discreta
- 3 Moderada
- 4 Entre moderada y grave
- 5 Grave
- 6 Muy grave
- 7 Extremadamente grave

Enrojecimiento facial

- 0 Ninguno
- 1 Moderado
- 2 Grave

Anexo 9

Exploración física y pruebas diagnósticas en alcoholismo

La ingesta regular y excesiva de alcohol ocasiona en el cuerpo humano una serie de signos físicos y psíquicos que no debemos dejar pasar en una exploración. Para explorar los consumos en la consulta debemos ofrecer un ambiente compresivo con una actitud empática y ausente de valoraciones morales. El abordaje del consumo de drogas, entre ellas el alcohol, requiere de una serie de condiciones que permitan al paciente sentirse confiado y atendido profesionalmente.

El diagnóstico de los distintos problemas relacionados con el consumo de alcohol se realiza detectando la presencia de determinados parámetros clínicos que se complementarán con marcadores biológicos y psicológicos.

1. Anamnesis

Se dirigirá hacia la recogida de información sobre el consumo y sus consecuencias sobre los usuarios. Además de la anamnesis habitual, determinaremos:

Antecedentes familiares de alcoholismo e historia del consumo.

-Inicio del consumo: Edad, características de las primeras ingestas, primera borrachera, etc.

-Patrón de consumo: si la ingesta es diaria o centrada en el fin de semana, consumo ligado al trabajo, al ocio o a ambos, tipos de bebidas, determinar cambios en patrones de consumo y a que son debidos.

-Periodos de abstinencia: frecuencia, circunstancias con las que se relacionan, duración, etc.

-Recaídas: intensidad, causas, consecuencias, etc.

-Consumos asociados de otras sustancias: tabaco y cocaína especialmente.

Cuantificación del consumo: Para la cuantificación del consumo de alcohol, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) desarrolló en 1960 el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE). En España una UBE equivale a 10 grs de alcohol puro.

La cuantificación de los consumos es aconsejable realizarla semanal por la tendencia actual a concentrar las ingestas durante el fin de semana. Los consumos referidos por los pacientes, tanto dependientes al alcohol como sanos, se estima que están minimizados hasta en un 20 por ciento respecto del real. Este desfase no es decisivo ya que en el diagnóstico de los problemas relacionados con el alcohol la cuantificación del consumo es una variable más a tener en cuenta que se completará con marcadores psicológicos, biológicos y clínicos.

Se considera consumo de riesgo una ingesta semanal mayor de 28 UBE en el hombre y de 17 UBE en la mujer. También considera de riesgo una ingesta mayor o igual a 5 UBE en un solo episodio una o más veces al mes y aquel consumo que realizan personas que tienen antecedentes familiares de alcoholismo o consumen alcohol en situaciones potencialmente peligrosas (conducción, trabajos de riesgo, embarazo,...) independientemente de la cantidad de alcohol consumida.

Los niveles de riesgo son más bajos en la mujer teniendo en cuenta la mayor sensibilidad de esta al alcohol, ya que presenta una diferente distribución de la grasa y el agua corporal, una mayor sensibilidad hepática al alcohol y una menor concentración de alcohol deshidrogenasa en la mucosa gástrica.

2. Exploración física

El consumo crónico de alcohol se relaciona con un amplio grupo de alteraciones de la salud física, psíquica y social que se engloban dentro del concepto de Trastornos Relacionados con el Alcohol (TRA). La OMS lo define como cualquier deterioro del funcionamiento físico, psíquico o social de un individuo, cuya naturaleza permite inferir que el consumo de alcohol mantiene una relación causal directa o indirecta con la aparición de dicho trastorno.

La exploración física irá dirigida a la detección de signos y síntomas de estos trastornos. Existen una serie de TRA que afectan a diferentes órganos y sistemas. Los principales sistemas afectados son el gastrointestinal, cardiovascular, hematológico, endocrinológico, esquelético y neurológico.

Los signos que nos hacen sospechar que estamos ante un TRA son: facies plétóricas, hipertrofia parotídea, desnutrición, subictericia o ictericia evidente, eritema palmar, distribución feminoide del vello pubiano, ginecomastia, obesidad, inyección conjuntival, arañas vasculares, contractura de Dupuytren hedor alcohólico.

Los síntomas son: náuseas y vómitos anorexia, pirosis retroesternal, diarrea, palpitaciones, disminución de los reflejos, trastornos de la memoria, impotencia, temblores, insomnio, cefalea, dificultad de concentración ansiedad y depresión.

En la exploración física también cabe destacar una serie de trastornos inducidos por el alcohol siendo los más importantes:

a.) **Intoxicación alcohólica aguda:** aparecen signos neurológicos que dependerán del grado de ingesta alcohólica y de la susceptibilidad individual.

1. *Alteraciones conductuales: desinhibición, descontrol emocional, prácticas sexuales menos seguras.*
2. *Incoordinación motora, marcha inestable y trastornos del lenguaje.*
3. *Incoordinación motora, marcha inestable y trastornos del lenguaje.*

Los síntomas son: náuseas y vómitos anorexia, pirosis retroesternal, diarrea, palpitaciones, disminución de los reflejos, trastornos de la memoria, impotencia, temblores, insomnio, cefalea, dificultad de concentración ansiedad y depresión.

En la exploración física también cabe destacar una serie de trastornos inducidos por el alcohol siendo los más importantes:

b) **Intoxicación alcohólica aguda:** aparecen signos neurológicos que dependerán del grado de ingesta alcohólica y de la susceptibilidad individual.

4. Alteraciones conductuales: desinhibición, descontrol emocional, prácticas sexuales menos seguras.

5. Incoordinación motora, marcha inestable y trastornos del lenguaje.

3. Marcadores biológicos

Los marcadores biológicos por su baja sensibilidad y especificidad no sirven por sí solos como método de cribado aunque nos resultan de gran utilidad para confirmar el diagnóstico y para el control de la evolución de los pacientes con consumo de alcohol. De entre los marcadores biológicos existentes los más utilizados son los siguientes:

a) **Transaminasas.** Son la Glutámico oxalacético transaminasa (GOT/AST) y la Glutámico pirúvico transaminasa (GPT/ALT). Se utilizan frecuentemente en la práctica diaria y son enzimas cuya elevación es indicativa de necrosis celular. Su origen puede ser hepático, cardíaco, muscular, pancreático y cerebral. Si la causa de la hipertransaminasemia es el consumo excesivo de alcohol es típico una elevación moderada y que el cociente GOT/GPT sea mayor de 1.

b) **Glutamyltranspeptidasa (GGT).** Es otra enzima de origen hepático que se elevará por distintos procesos hepáticos entre ellos la necrosis celular provocada por el consumo excesivo de alcohol. Es el marcador biológico más sensible (33-52 por ciento) y específico (81-89 por ciento) de los utilizados habitualmente. La abstinencia mantenida normaliza los niveles plasmáticos en 6 semanas por lo que nos resulta de utilidad para monitorización de la misma y detección de recaídas.

c) **Volumen Corpuscular Medio (VCM).** El aumento del VCM aparecerá generalmente en aquellos consumos dependientes de larga evolución como consecuencia del efecto tóxico del alcohol sobre los hematíes y de las probables carencias nutricionales que presentan estos pacientes. Son necesarios varios meses de abstinencia para que se normalice su incremento por lo que únicamente nos será de utilidad para confirmación del diagnóstico.

d) **Lípidos plasmáticos.** Los triglicéridos suelen estar elevados y se normalizan tras varias semanas de abstinencia alcohólica.

El colesterol fracción HDL también suele estar elevada en el consumo crónico de alcohol.

e) **Transferrina deficiente en carbohidratos (TDC).** La TDC es una isoforma de la transferrina que incrementa su concentración proporcionalmente al consumo de alcohol. La TDC es el marcador biológico más específico (72-92 por ciento) y presenta una sensibilidad variable (31-81 por ciento), se observa una elevación de sus niveles con consumos entre 6-8 UBE durante únicamente una semana y normali-

za su valor con abstinencia de dos semanas de duración por lo que estará indicada para detección de alcoholismo, seguimiento de abstinencia y detección de recaídas. Tiene limitaciones en consumos no dependientes, en mujeres y ancianos. No es un marcador utilizado de manera sistemática.

El mayor rendimiento de los marcadores se consigue determinando de manera conjunta la GPT, la GGT y el VCM.

Los marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol, especialmente la combinación de la CDT y la GGT, pueden ser de gran utilidad para la detección del consumo, sobretodo cuando vaya asociado a los cuestionarios de detección de riesgo. Grado de recomendación B.

Conviene solicitar los marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol, tanto para la detección del consumo de riesgo como de dependencia alcohólica, tanto en asistencia primaria como especializada. Grado de recomendación B.

Anexo 10

Cuestionarios de evaluación en alcoholismo

Los cuestionarios específicos en el campo del alcoholismo son muy numerosos, su utilización sirve para la detección, confirmación o cuantificación del problema.

Los objetivos y utilidad de dichos cuestionarios son:

- Detectar bebedores de riesgo, uso perjudicial y dependencia: AUDIT (sensibilidad 80%, especificidad 90%). Grado de recomendación A.
- Detectar las consecuencias del alcohol: APQ.
- Detectar y diagnosticar el alcoholismo: MALT (sensibilidad 100%, especificidad 82%), junto al EuroASI. Grado de recomendación B.
- Valorar la gravedad del alcoholismo: SADQ.

(Adaptado de Aubá et al. 1998 y de Sevillano y Rubio. 2001)

-El cuestionario CAGE puede ser utilizado en consultas de Atención Primaria para el cribado de problemas relacionados con el alcohol siempre que se acompañe de mediciones de patrones de consumo, con otro cuestionario como el ISCA (Interrogatorio sistematizado de consumos alcohólicos): Grado de recomendación A.

Las ventajas que nos proporcionan los cuestionarios específicos son:

- Son administrados masiva y colectivamente.
- Son rápidos, tiene bajo coste y son fáciles de corregir y administrar.
- No son invasivos para el sujeto.
- Pueden ser aplicados por personal auxiliar entrenado.
- Detectan aspectos diversos de la enfermedad.
- Son comparables y poseen replicabilidad (fiabilidad).
- Tienen mayor especificidad y como mínimo igual sensibilidad que otros instrumentos de diagnóstico.

(Tomado de Aubá et al. 1998.)

1. Cuestionarios diagnósticos:

- CAGE: para el cribaje de problemas relacionados con el alcohol, > de 2. camuflarlo con otras preguntas y se asocia con el ISCA.
- MALT O y S: para el diagnóstico del alcoholismo y para planificar el tratamiento: >11.
- AUDIT: para detectar consumos de riesgo de alcohol: 8-12 riesgo. >13 dependencia.
- EUROASIS: para determinar la gravedad de la dependencia.
- CIWA-AR: gravedad del síndrome de abstinencia: <10 leve, 10-20 moderado, >20 grave.

2. Marcadores diagnósticos:

- VCM: necesita de consumos altos y prolongados. Indicador de alteración. No sirve para el seguimiento de la abstinencia.
- GGT: más utilizado, más sensible y específico, sirve para el seguimiento de la evaluación. Requiere consumos altos y prolongados. Una caída en los cinco primeros días es patognomónico de abstinencia.
- TDC: no disponible.
- Los marcadores biológicos no son superiores a los cuestionarios diagnósticos o de detección. Se debe considerar como un indicador sobre presencia de consumo de riesgo.

3. CRAVING:

- Inhibidor de respuesta inapropiada (falta de voluntad): predictor de recaída o de más tratamiento.
- Deseos condicionados generan respuestas impulsivas.
- Dos escalas:

EMCA: Escala multidisciplinar del craving alcohólico.

IRISA: Escala de deterioro de inhibición de respuesta para el alcoholismo.

Anexo 11

Tipología de Ries

La tipología dimensional desarrollada por Richard Ries, M.D. esta basada en la severidad y curso del trastorno psiquiátrico, clasificándolo en las siguientes categorías:

1. Dependencia química complicada (leve psicopatología, grave dependencia):

Esta categoría incluye aquellos pacientes con trastornos por dependencia que además presentan trastornos psiquiátricos poco severos y no persistentes. Se incluyen los trastornos psiquiátricos inducidos o exacerbados por consumos de sustancias: trastornos de ansiedad, ataques de pánico, depresión o hipomanía, psicosis o confusión, trastornos por estrés postraumático, tentativa de suicidio, síntomas ligados a la desaparición o prescripción de medicamentos y trastornos de personalidad. Se asignaría a la red de drogodependencias.

2. Enfermo mental abusador de sustancias (grave psicopatología, dependencia leve):

Esta categoría incluye esquizofrenia, trastorno afectivo mayor con psicosis y trastorno por estrés postraumático severo. Se asignaría a la red de salud mental.

3. Enfermo mental dependiente de sustancias (grave psicopatología, grave dependencia):

Esta categoría incluye enfermos con trastornos psicopatológicos similares a la categoría B) y adicción grave. Requiere tratamientos específico para ambos trastornos y debe incluir la abstinencia, la cual mejoraría el trastorno psiquiátrico. Se asignaría a ambas redes asistenciales

4. Abuso de sustancias y ligera psicopatología (psicopatología leve, dependencia leve):

Incluye a pacientes en tratamiento ambulatorio y que presentan una combinación de síntomas de la esfera depresiva y/o conflictos familiares, junto con trastornos de abuso o dependencia no severos. Se asignaría a la red de atención primaria.

Anexo 12

Instrumentos de evaluación de uso en patología dual

1. Instrumentos genéricos recomendados:

- SCL-90-R.
- Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI).
- Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III).
- MMPI-II (Según la familiaridad del profesional, pero preferiblemente el MILLON).

2. Instrumentos de evaluación para los trastornos esquizofrénicos:

- Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS).
- Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS).
- Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS).
- Escala de Síndromes Prodrómicos (SOPS).
- Escala para el Síndrome Deficitario (SDS).
- Escala de Agresividad Manifiesta (OAS).
- Escala de Evaluación del Insight (SUMD).
- Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI).
- Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS).
- Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter.
- Escala de Evaluación de las Alucinaciones Auditivas (PSYRATS).
- Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis.
- Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente (2-COM Checklist).

3. Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor:

- Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde.
- Escala de Depresión de Calgary (CDS).
- Cuestionario de Trastornos del Humor (MDQ).
- Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS).
- Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC).
- Escala de Manía de Bech-Rafaelsen (MAS).
- Cuestionario de pensamientos automáticos. Hollon y Kendall (1980). Traducción al castellano: Francisco Bas y Verania Andrés (1984).
- Escala de Actitudes Disfuncionales, DAS (Weissman y Beck, 1978).
- Inventario de la Tríada Cognitiva, CTI (Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986).

- Listado de Creencias Comunes, LCC (Bas, F., 1982).
- Autorregistros de Pensamientos Automáticos Negativos (Beck, 1978).
- Escala de desesperanza (ED) (Beck, Weissman, Lester y Trexler 1974. Adaptación al castellano: F. Bas y V. Anclos (1986).
- Escala de Anhedonia Física (Physical Anhedonia Scale, PAS).
- Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (BEDS).

4. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida:

- Escala de Desesperanza de Beck (HS).
- Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI).
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS).
- Escala de Impulsividad de Plutchik (EI).
- Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV).
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS).
- Inventario de Razones para Vivir (RFL).

5. Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes:

- Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS).
- Escala Breve de Ansiedad de Tyrer (BSA).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).
- Escala de Ansiedad Clínica (Cinical Anxiety Scale, CAS).
- Cuestionario Médico (Physician Questionnaire, PQ).
- Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ).
- Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización.
- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS).
- Trastorno de Pánico. Diario del paciente.
- Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS).
- Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend (SADS).
- Escala Breve de Fobia Social (BSPS).
- Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN).
- Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS).
- Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS).
- Escala de Trauma de Davidson (DTS).
- Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ).
- Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (TOP-8) .
- Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD, DGRP).
- Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson.
- Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15).
- Cuestionario Autoeficacia específica de afrontamiento del estrés (AEAE). (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2001).
- Inventario de evaluación del TAG (GADI).

6. Instrumentos de evaluación para los trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos:

- Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI).
- Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40).
- Test de Bulimia de Edimburgo (BITE).
- Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner.
- Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA).
- Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño (COS).
- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI).
- Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ).
- Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).
- Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH).
- Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX).
- Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (SALSEX).

7. Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos:

- Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V) (SSS).
- Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE).
- Cuestionario de Temperamento y Carácter de Cloninger (TCI-R).
- Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI).
- Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11).
- Escala de Valoración de la Impulsividad (IRS).
- Escala de Impulsividad de Plutchik (EI).

Anexo 13

Informe clínico

A.-Nombre del paciente: _____

B.-Inicio y reinicio del tratamiento: _____

C.-Diagnóstico según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR*:

Diagnóstico al inicio:

Eje I
Eje II
Eje III
Eje IV
Eje V

Diagnóstico actual:

Eje I
Eje II
Eje III
Eje IV
Eje V

D.-Evolución:

E.-Observaciones:

Córdoba a ____ de _____ de 2008

Fdo: _____



