

**POLITICAS DE ESTADO EN MATERIA  
DE TRATAMIENTO.  
ESTADO DE SITUACION MUNDIAL.**

**Informe preparado por:**

Lic. Gabriela Wrobel.

Area de Investigación.

**Para:** Observatorio Argentino de Drogas – SEDRONAR.

Lic. Graciela Ahumada.

**Observatorio Argentino de Drogas.**

Sarmiento 556 p.1

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,  
Argentina.

Te. (11) 4320-1236

Web: <http://www.observatorio.gov.ar>

## INDICE

### América del Norte

Canadá .....	Página 5
Estados Unidos .....	Página 6
México .....	Página 9

### América Central

Bahamas.....	Página 12
Barbados.....	Página 13
Bélice.....	Página 14
Costa Rica.....	Página 15
El Salvador.....	Página 18
Guatemala.....	Página 19
Honduras.....	Página 21
Jamaica.....	Página 22
Nicaragua.....	Página 23
Panamá.....	Página 24
República Dominicana.....	Página 26
Trinidad y Tobago.....	Página 29

### América del Sur

Argentina.....	Página 35
Bolivia.....	Página 38
Brasil.....	Página 40
Chile.....	Página 71
Colombia .....	Página 74
Ecuador.....	Página 75
Paraguay.....	Página 78
Perú.....	Página 79
Uruguay.....	Página 81
Venezuela.....	Página 82

### Europa

Alemania.....	Página 84
Austria.....	Página 88
Bélgica.....	Página 89
Dinamarca.....	Página 92
España.....	Página 95
Finlandia.....	Página 99
Francia.....	Página 100
Grecia.....	Página 104
Holanda.....	Página 109
Irlanda.....	Página 112
Italia.....	Página 115
Gran Bretaña.....	Página 119
Portugal.....	Página 124

## **AMERICA DEL NORTE**

## CANADÁ

El tratamiento en Canadá es generalmente responsabilidad de las provincias y territorios. El gobierno federal brinda tratamiento para poblaciones bajo jurisdicción federal (por ejemplo, poblaciones aborígenes, ofensores federales y personal militar). El gobierno federal también apoya la investigación, innovación y las mejores prácticas en tratamiento y la nueva estrategia de drogas de Canadá que reconoce la importancia del tratamiento lanzado.

Los médicos de cabecera pueden ser reembolsados por brindar counselling y tratamientos farmacológicos para pacientes con problemas de alcohol u otras drogas y algunos son bien activos en los tratamientos de abuso de sustancias. Sin embargo esto no ha sido estudiado. Los médicos de cabecera y otros profesionales sí hacen, sin embargo, derivaciones a las 800 agencias en Canadá que proveen servicios de tratamiento especializado en adicciones para adultos o jóvenes en la población general. Muchas de estas agencias se basan en la comunidad pero algunos hospitales también brindan servicios de tratamiento para las adicciones. Los niveles de intervención incluyen desintoxicación, servicios ambulatorios, servicios de día, residenciales de corto y largo plazo, de consulta e información. También hay más de 60 programas de tratamiento de varios tipos para aborígenes y otros programas para personas involucradas en los sistemas correccionales federal y provinciales. Mientras existe una divergencia amplia en la programación del tratamiento en Canadá, la mayoría de los programas siguen un acercamiento biopsicosocial, y muchos también adaptan tratamientos a las necesidades específicas y características de sus clientes. Un número creciente de programas de abuso de sustancias también investigan y brindan servicios de salud mental y problemas de juego. Los métodos más comunes de tratamiento utilizados en Canadá son la educación sobre el alcohol y las drogas, counselling en resolución de problemas, entrenamiento en habilidades cognitivas y comportamentales (por ejemplo, manejo del estrés, asertividad, y terapia de autocontrol comportamental), acercamiento para mejorar la motivación, y acercamientos de 12 pasos. En los últimos 10 años ha habido un énfasis creciente en la provisión de tratamientos ambulatorios. Sin embargo, siguen habiendo muchos programas de tratamientos residenciales que surgen de auto derivaciones y derivaciones de profesionales de la adicción.

Mientras muchos programas canadienses requieren que los clientes estén en abstinencia antes, durante y después del tratamiento, algunos también tienen objetivos como la reducción de daños y trabajan con clientes que no quieren o no pueden abstenerse por completo. La sustitución con metadona se está volviendo disponible de forma creciente para quienes son adictos a los narcóticos.

Las investigaciones han demostrado que varias formas de tratamiento para el uso indebido de sustancias son comparables en su efectividad con los tratamientos para otras condiciones crónicas como el asma, hipertensión y diabetes. Las investigaciones también han mostrado que el beneficio de los tratamientos para el abuso de sustancias se extiende más allá de la reducción en el abuso de sustancias a áreas que son importantes para la sociedad como la reducción del crimen, reducción del riesgo de enfermedades infecciosas y mejora de las funciones sociales. Estudios en Estados Unidos y Gran Bretaña también han mostrado que los beneficios económicos asociados con los resultados mejorados del tratamiento exceden los costos del tratamiento. Temas y desafíos reportados por las agencias de tratamiento canadiense incluyen la falta de recursos, disparidad regional en el número y tipos de servicios disponibles, aumento de casos complejos con problemas múltiples (por ejemplo, HIV, salud mental), servicios para comunidades rurales y remotas, tratamiento de poblaciones especiales (usuarios de drogas inyectables, derivaciones de cortes de drogas, ofensores que manejan vehículos mientras se están impeditos, jóvenes, aborígenes, mujeres y ancianos), coordinación dentro de los sistemas en todos los niveles y falta de estandarización nacional (por ejemplo, sistemas de reporte). También existe la necesidad de motivar a más personas con problemas de abuso de sustancias para que busquen ayuda.

Existe una base de datos de tratamientos brindados pero esta organizado según un buscador. Si se desea consultar el buscador de la CCSA – Canadian Centre on Substance Abuse entrar al siguiente sitio:

[http://www.ccsa.ca/CCSA/EN/Addiction\\_Databases/TreatmentServicesForm.htm](http://www.ccsa.ca/CCSA/EN/Addiction_Databases/TreatmentServicesForm.htm)

## ESTADOS UNIDOS

La toxicomanía es un trastorno tratable. Por medio de un tratamiento que se ajuste a la necesidad individual, el paciente puede aprender a controlar su condición y vivir una vida normal y productiva. Al igual que la gente que tiene diabetes o enfermedades cardíacas, las personas que están bajo tratamiento por toxicomanía aprenden a modificar su conducta y con frecuencia toman medicamentos como parte de su régimen de tratamiento.

La terapia de la conducta puede comprender orientación psicológica, grupos de respaldo o terapéutica familiar. Los medicamentos para el tratamiento de la toxicomanía ofrecen ayuda para suprimir el síndrome de abstinencia de drogas y las ansias de consumir la droga y para bloquear los efectos de las drogas. Además, la investigación muestra que el tratamiento para la adicción a la heroína usando metadona en concentraciones suficientes combinada con la terapia de la conducta reduce la tasa de mortalidad y muchos problemas de salud relacionados con el abuso de la heroína.

En general, mientras más tratamiento se da, mejor son los resultados. Muchos pacientes requieren además otros servicios, como, por ejemplo, servicios médicos, de salud mental y de prevención del VIH. Los pacientes que permanecen bajo tratamiento más de 3 meses tienen normalmente mejores resultados que aquellos que están bajo tratamiento menos tiempo. Los pacientes que durante la abstinencia reciben asistencia médica para minimizar el malestar pero no reciben ningún otro tratamiento, actúan más o menos igual en términos de su uso de drogas que las personas que no fueron tratadas. Los estudios de los últimos 25 años han mostrado que el tratamiento logra reducir el consumo de drogas y los delitos cometidos por los toxicómanos. Los investigadores también han encontrado que los toxicómanos que han tenido tratamiento tienen más probabilidad de tener trabajo.

### **Tipos de programas de tratamiento**

La meta final de todo tratamiento para el abuso de drogas es de facultar al paciente para que logre una abstinencia duradera, pero las metas inmediatas son reducir el uso de drogas, mejorar la habilidad del paciente para funcionar, y minimizar las complicaciones médicas y sociales del abuso de drogas.

Hay varios tipos de programas de tratamiento para el abuso de drogas. Los métodos de corto plazo duran menos de 6 meses y comprenden la terapéutica residencial, la terapia con medicamentos y la terapéutica de consulta externa sin medicamento. El tratamiento de largo plazo podría comprender, por ejemplo, tratamiento de mantenimiento de consulta externa a base de metadona para los adictos a los opiáceos y tratamiento de comunidad residencial terapéutica.

En el tratamiento de mantenimiento para los adictos a la heroína, la persona bajo tratamiento recibe un dosis oral de un opiáceo sintético, generalmente clorhidrato de metadona o levometadol –acetílico (LAAM), administrados en una dosis suficiente para bloquear los efectos de la heroína y producir un estado estable, no eufórico, y libre de las ansias fisiológicas de consumir opiáceos. En este estado estable, el paciente puede desconectarse de la conducta que busca la droga y que está relacionada con el delito y, por medio de orientación y servicios sociales apropiados, convertirse en un miembro productivo de su comunidad.

El tratamiento de consulta externa sin drogas no incluye medicamentos y comprende una amplia variedad de programas para pacientes que visitan una clínica a intervalos regulares. La mayoría de estos programas comprenden la orientación psicológica individual o de grupo. Los pacientes que entran en estos programas abusan otras drogas que no son las opiáceas o abusan los opiáceos pero no se recomienda para ellos terapia de mantenimiento, como para aquellos que tienen una vida estable y bien integrada y solo ha tenido una breve historia de drogadicción.

Las comunidades terapéuticas (TC) son programas muy estructurados en los cuales el

paciente permanece en una residencia, normalmente entre 6 y 12 meses. Los pacientes en comunidad terapéutica incluyen aquellos con historias de toxicomanía relativamente largas, participación en actividades delictivas serias y funcionamiento social seriamente deteriorado. El foco de la TC es la reeducación del paciente para que vuelva a integrarse a un estilo de vida libre de drogas y delitos.

Los programas residenciales de corto plazo, frecuentemente llamados unidades de desviación, se basan a menudo en el "Modelo Minnesota" para el tratamiento del alcoholismo. Estos programas comprenden una fase de tratamiento internado de 3 a 6 semanas seguido de una extensa terapéutica de consulta externa o participación en grupos de autoayuda de 12 pasos, como Narcóticos Anónimos o Cocaína Anónimos. Los programas para la desviación comenzaron en el sector privado a mediados de los años 80 con toxicómanos asegurados que abusaban del alcohol o de la cocaína como sus pacientes principales. Hoy en día, según disminuyen los beneficios de los proveedores privados, más programas están extendiendo sus servicios a los pacientes que reciben asistencia pública.

Los programas de mantenimiento a base de metadona generalmente tienen más éxito manteniendo clientes adictos a los opiáceos que las comunidades terapéuticas, que, a su vez, tienen mayor éxito que los programas de consulta externa que ofrecen orientación psicológica y psicoterapia. Entre varios de los programas de metadona, aquellos que ofrecen mayores dosis de metadona (generalmente un mínimo de 60 mg.) tienen mejores tasas de retención. También, aquellos que dan otros servicios, como orientación psicológica, terapia y atención médica, junto con la metadona, tienen generalmente mejores resultados que los programas que ofrecen servicios mínimos.

Los programas de tratamiento para las drogas en la prisión pueden tener éxito en prevenir que el paciente vuelva a su conducta delictiva, particularmente si están ligados con programas en la comunidad que continúan el tratamiento cuando el cliente sale de la prisión. Algunos de los programas más exitosos han reducido la tasa de reincidencia por un cuarto o hasta por la mitad. Por ejemplo, el "Modelo Delaware," un estudio en progreso sobre el tratamiento integral de los prisioneros adictos a las drogas, muestra que el tratamiento en la prisión que incluye un ambiente de comunidad terapéutica, una comunidad terapéutica semilibre para trabajar y atención médica en la comunidad reduce en 57 por ciento la probabilidad de que el paciente vuelva a ser arrestado y en 37 por ciento la probabilidad de que vuelva a usar drogas.

El abuso de drogas tiene una repercusión económica grande sobre la sociedad (se estima en unos \$67.000 millones por año). Esta cifra incluye el costo relacionado con el delito, la atención médica, el tratamiento para el abuso de drogas, los programas de bienestar social y el tiempo fuera del trabajo. El tratamiento para el abuso de drogas puede reducir estos costos. Los estudios han mostrado que se ahorra entre \$4 y \$7 por cada dólar que se gasta en tratamiento. Cuesta aproximadamente \$3.600 mensuales dejar un toxicómano sin tratar en la comunidad, y el costo del encarcelamiento es de aproximadamente \$3.300 mensuales. En contraste, la terapia de mantenimiento a base de metadona cuesta como \$290 al mes.

## Más Material

### 3. Principios de Tratamientos para La Drogadicción

The 52-page booklet presents 13 principles of effective drug abuse treatment, answers frequently asked questions, describes categories of treatment programs, and outlines scientifically validated approaches to treating drug addiction.

Consultar en Estados Unidos/ USA Principios de Tratamientos para La Drogadicción

### 2. Acercamientos al Counselling de Abuso de Drogas

El libro brinda descripciones detalladas de 12 acercamientos en counselling actualmente utilizados en los Estados Unidos. Incluye contribuciones de la Universidad de Pennsylvania, Fundación Hazeldon, consejos de 12 pasos de la Clínica Betty Ford, y otros programas de

tratamiento respetados. El público al que apunta son investigadores en tratamiento, clínicos, médicos escolares y universidades.

Consultar en Estados Unidos/ Approaches to DA Counseling

### **3. Caja de Herramientas Clínicas del NIDA Manuales de Terapia para la Adicción de Drogas**

Esta serie de manuales presenta información clara y que ayuda en el tratamiento de las drogas para que los clínicos o practicantes puedan brindar el mejor cuidado posible. Las terapias presentadas en los manuales ejemplifican lo mejor del conocimiento actual acerca del tratamiento en drogas. Los primeros tres manuales de esta serie son:

Manual 1: Acercamiento cognitivo-comportamental: Tratando la adicción a la cocaína

Consultar en Estados Unidos/ CBT Manual 1

Manual 2: Acercamiento de reforzamiento de la comunidad más vouchers: Tratando la adicción a la cocaína

Consultar en Estados Unidos/ CRA Manual 2

Manual 3: Acercamiento individual al counselling en drogas para tratar la adicción a la cocaína: el modelo de estudio colaborativo en cocaína.

Consultar en Estados Unidos/ Manual3

### **3. Midiendo y Mejorando los Costos, Costos-Efectividad, y Costo-Beneficio para los Programas de Tratamiento en Abuso de Sustancias- Manual**

Utiliza instrucciones paso a paso y hojas de trabajo para ayudar a los profesionales a determinar el costo efectivo y los beneficios de los programas de tratamiento.

Consultar en Estados Unidos/ Costs

## MÉXICO

### PROGRAMAS DE ACCIÓN

#### 3. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de las Bebidas Alcohólicas

##### INDICE

###### Mensajes

Consultar en México/ alcohol / alco\_mensaje

###### Presentación

Consultar en México/ alcohol / alco\_present

###### Capítulo 1. ¿En donde estamos?

Consultar en México/ alcohol / alc\_cap1

###### Capítulo 2. ¿A dónde queremos llegar?

Consultar en México/ alcohol / alc\_cap2

###### Capítulo 3. ¿Qué camino vamos a seguir?

Consultar en México/ alcohol / alc\_cap3

###### Capítulo 4. Nuestro compromiso

Consultar en México/ alcohol / alc\_cap4

###### Apéndices

Consultar en México/ alcohol / alc\_apend

###### Bibliografía

Consultar en México/ alcohol/ alc\_bibli

#### 2. Programa contra el Tabaquismo

##### INDICE

###### Mensajes

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_mensajes

###### Presentación

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_present

###### Capítulo 1. ¿En donde estamos?

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_present

###### Capítulo 2. ¿A dónde queremos llegar?

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_cap2

###### Capítulo 3. ¿Qué camino vamos a seguir?

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_cap3

###### Capítulo 4. Nuestro compromiso

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_cap4

###### Capítulo 5. Apéndices

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_cap5

###### Bibliografía

Consultar en México/ tabaco/ tabaq\_bibli

### 3. Programa contra la Farmacodependencia

#### INDICE

##### Mensajes

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_mensaje

##### Presentación

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_present

##### Capítulo 1. ¿En donde estamos?

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_cap1

##### Capítulo 2. ¿A dónde queremos llegar?

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_cap2

##### Capítulo 3. ¿Qué camino vamos a seguir?

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_cap3

##### Capítulo 4. Nuestro compromiso

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_cap4

##### Apéndices

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_apend

##### Bibliografía

Consultar en México/ psicofármacos/ farma\_bibli

## **AMERICA CENTRAL**



## **BAHAMAS**

Información básica.



## **BARBADOS**

### **REHABILITACION EN DROGAS**

- Programa IDRC de Prisión de Su Majestad.
- Enlace con la Coalición contra el Abuso de Sustancias (Proveedor de tratamientos ambulatorios)

[http://ncsa.org.bb/cms/default.asp?V\\_DOC\\_ID=1074](http://ncsa.org.bb/cms/default.asp?V_DOC_ID=1074)



## **BÉLICE**

Información básica

[http://www.belize.gov.bz/cabinet/j\\_espat/welcome.shtml](http://www.belize.gov.bz/cabinet/j_espat/welcome.shtml)

## COSTA RICA

- **PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS**

- ✓ **Programa “Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Sector Educativo Formal”**

Consultar en Costa Rica/ programa1

Comprende aspectos y contenidos referidos al desarrollo de habilidades para la vida<sup>1</sup> y temas relacionados con la promoción de conductas saludables y el fortalecimiento de valores y actitudes con el fin de evitar el consumo de drogas. Es importante tener en cuenta que el rango de edades sugerido por la OMS para aprender dichas habilidades se encuentra entre los 8 y 14 años.

**Proyecto 1: “En la huerta con mis amigos”** → desarrollar comportamientos personales que promuevan estilos de vida saludables para prevenir el consumo de drogas.

**Proyecto 2: “Aprendiendo a valerme por mí mismo”** → prevenir el consumo en la población de niños y adolescentes mediante la aplicación de la estrategia denominada “Habilidades para vivir”.

**Proyecto 3: “Guía didáctica para la prevención del fenómeno droga en la escuela primaria”** → desplegar en los docentes de II ciclo, un conjunto de experiencias de aprendizaje en el campo de la educación preventiva integral (enfoque del círculo de bienestar) a fin de que se desarrollen de manera integral y logren mejorar su calidad de vida personal y social.

**Proyecto 4: DARE<sup>2</sup>** → promover la prevención del consumo de drogas y la violencia en estudiantes de primaria y secundaria.

**Proyecto 5: “Trazando el camino en colegios”** → disminuir el consumo de drogas en la población estudiantil al desestimular o retardar la edad de inicio. Favorecer también el cese de consumo en los jóvenes mediante la estrategia “Habilidades para la vida”.

**Proyecto 6: “Si es con alcohol no es conmigo”** → promover estilos de vida saludables al desfavorecer el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes de 10mo y 11mo año. Fortalecer sus capacidades para tomar decisiones responsables en cuanto a dicho consumo.

- ✓ **Programa “Prevención del Consumo de Drogas en el Sistema Educativo Informal”**

Consultar en Costa Rica/ programa2

Estrategias realizadas fuera de los niveles contemplados en la currícula escolar con el objetivo de captar aquellos niños y adolescentes que por estar fuera del sistema escolar se vuelven aun más vulnerables.

Se intenta fortalecer el área socio afectiva que de por sí son elementos protectores en la prevención del consumo.

**Proyecto 1: “En la huerta con mis amigos”** → desarrollar comportamientos personales y sociales que promuevan estilos de vida saludables para prevenir el consumo de drogas.

**Proyecto 2: “Diagnóstico interinstitucional del sector informal”** → identificar y caracterizar a la población que comprende el sector educativo informal. Definir acciones preventivas dirigidas a este sector de la población.

**Proyecto 3: “El fenómeno de las drogas desde el ámbito preventivo con perspectiva”** → generar en los estudiantes de la Escuela Nacional de Policía, una visión preventiva sobre la problemática del consumo de drogas desde el desarrollo de “Habilidades para la vida”

<sup>1</sup> Según el enfoque conceptual de la OMS, son las aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permita enfrentar eficazmente las exigencias y los retos de la vida cotidiana.

<sup>2</sup> DARE: Drug Awareness Resistance Education

✓ Programa “**Prevención del Consumo de Drogas en la Comunidad**”

Consultar en Costa Rica/ programa3

**Proyecto 1: “Agentes multiplicadores en la prevención del consumo de drogas”**

→ ejecutar acciones de capacitación, asesoría y seguimiento para diversos sectores y poblaciones del país con el fin de formar agentes multiplicadores que contribuyan con la ejecución de acciones preventivas al consumo de drogas.

**Proyecto 2: “Centros de estudio para la prevención”** → crear desde las comunidad, red de centros de estudio regionales, las cuales permitirán conocer las características del fenómeno droga en cada región. Apoyar la formulación e implantación de acciones preventivas y asistenciales requeridas para la población de cada comunidad.

**Proyecto 3: “Trazando el camino de las comunidades”** → desarrollar acciones educativas no formales, por medio de la sensibilización a los diferentes actores sociales de las comunidades del país, en materia de prevención del fenómeno droga.

**Proyecto 4: “Proyección a la comunidad desde el sector educativo formal”** → promover la participación activa de todos los actores educativos en las diferentes actividades preventivas comunitarias.

• **PREVENCIÓN DEL DELITO**

✓ Programa “**Sensibilización ciudadana para la prevención del delito**”

Consultar en Costa Rica/ programa4

Iniciativa destinada a disminuir el índice de delitos relacionados con el narcotráfico y lograr una mayor seguridad por medio de la ejecución de acciones orientadas a la prevención. Promueve la organización comunitaria involucrando a la misma en diversas estrategias informativas con el fin de reducir las oportunidades de la comisión de delitos, o bien, evitar que estos ocurran en las zonas objetivo. Otro objetivo del programa es desarrollar una cultura para la prevención del delito.

Se promueve el uso de herramientas disuasivas y preventivas que requieren del compromiso de todos los ciudadanos.

La Policía Control de Drogas (PCD) ha instaurado una línea telefónica especializada para las denuncias del público en cuanto a los hechos delictivos relacionados al narcotráfico. Campaña de promoción: “Atención a la denuncia ciudadana” que enfatiza la gratuidad y confidencialidad del servicio.

**Proyecto 1: “Atención a denuncia ciudadana”** → concienciar a la ciudadanía en general sobre la importancia de la denuncia en la resolución de la problemática vinculada al fenómeno droga de la comunidad donde habitan.

**Proyecto 2: “Prevención del delito en instituciones de educación diversificada”** → desarrollar estrategias para la prevención del delito en instituciones educativas de segunda enseñanza, bajo un enfoque de derecho y responsabilidades.

• **ATENCIÓN A FARMACO DEPENDIENTES**

✓ Programa “**Sistema nacional de atención a personas consumidoras de drogas**”

Consultar en Costa Rica/ programa5

La eficacia de dicha atención puede establecerse mediante la oferta de los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Limitaciones presupuestarias impiden un servicio de atención adecuado a la demanda existente, tanto en cantidad como en especialidad según el grupo de atención (mujeres, adolescentes y trabajadores entre otros).

Es prioritario establecer un sistema nacional de atención en el cual intervengan organismos estatales y no estatales, que permita fortalecer el indudable apoyo de éstos

últimos y, que cuente con normas y protocolos de atención que garanticen un trato justo y eficaz a los consumidores.

**Proyecto 1: “Red de servicios de tratamiento y rehabilitación en drogas”** → establecer una red de servicios de tratamiento y rehabilitación para mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras de drogas.

**Proyecto 2: “Reinserción social”** → crear espacios que faciliten la reinserción a la sociedad de las personas dependientes de drogas.

## EL SALVADOR

### **Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social**

#### Descripción:

Proceso de recuperación integral de personas adictas a las drogas, a través del cual se le trata y concientiza para evitar que vuelva a consumir y esté en condiciones apropiadas para reinsertarse productivamente a la sociedad.

#### Objetivos:

1. Desarrollar programas de tratamiento y rehabilitación a escala nacional.
2. Reinsertar productivamente a las personas rehabilitadas y/o en proceso de rehabilitación.
3. Desarrollar protocolos, instrumentos tecnológicos y de evaluación de los programas.

### **Entidades Públicas**

- **Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”**

Programa de Terapia Grupal para Personas con Problemas de Drogodependencia “**VIDA**” (Vivir Intensamente Drogas Afuera).

Programa VIDA Consultar en carpeta EL Salvador/ Programavida1

- **Complejo de Integración Social de Niñez y Adolescencia-CISNA**

Unidad de Apoyo Terapéutico para Niños y Adolescentes en situación de calle con problemas de adicción de 8 a 17 años.

### **Entidades Privadas y ONG’s**

- **Fundación Antidrogas de El Salvador**

Señor Jaime A. Hill, Representante Legal

Av. Olímpica y 71 Av. Sur N° 3718, Col. Escalón, Salvador, El Salvador, C.A. Tel.: (503) 298-2233

Fax: (503) 223-4873

Sitio WEB:

<http://www.fundasalva.org.sv/>

- **Comunidad Terapéutica Jaime A. Hill**

Señor Jaime A. Hill, Representante Legal

Finca El Tibidabo Km 5 1/2 Planes de Renderos. San Salvador, El Salvador.

Tel.: (503) 280-2504

Correo Electrónico:

[ctjaimehill@fundasalva.org.sv](mailto:ctjaimehill@fundasalva.org.sv)

Sitio WEB:

<http://www.fundasalva.org.sv/home/comunidad.aspx>

- **Movimiento de Jóvenes Encuentristas (MOJE)**

Idalia Argueta, Representante Legal

4ª. Calle Poniente No. 14,

Ilobasco, Cabañas

Telefax 332-2509

## GUATEMALA

Centro de tratamiento ambulatorio para jóvenes con tendencias adictivas

### MISIÓN

Es misión del Centro de Tratamiento Ambulatorio para Personas con Tendencias Adictivas “ser un proyecto modelo, único en su género a nivel nacional, dirigido a personas que consumen sustancias psicoactivas, cuya relación de droga dependencia aún no presenta un grado de disfuncionalidad social y familiar significativo que permita la rehabilitación integral y reinserción a la vida productiva del individuo, su familia y la sociedad”

### VISION

La visión de Centro de Tratamiento Ambulatorio para personas con Tendencias Adictivas es “ser un modelo de tratamiento no residencial, a nivel nacional, para la intercepción de la dependencia que ofrezca un espacio de encuentro para que el usuario pueda replantear de manera crítica y constructiva su proyecto de vida y erradicación de su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, mediante la implementación de programas terapéutico-educativos”

### OBJETIVOS

#### Generales

- Brindar a la comunidad un modelo de tratamiento integral, no residencial, que permita la rehabilitación del individuo sujeto al consumo de sustancias psicoactivas.
- Promover la creación de varios centros a nivel nacional para que los beneficios que ofrece el programa tenga cobertura en toda la república

#### Específicos

- Promover la reinserción del individuo a la vida productiva, su familia y la sociedad.
- Ofrecer un espacio de encuentro para que el usuario pueda replantear su proyecto de vida de manera crítica y constructiva.
- Interrumpir y erradicar el consumo de sustancias psicoactivas.
- Prevenir las recaídas, haciendo frente a la ansiedad, buscando otras alternativas para afrontar de mejor manera las presiones psicológicas, familiares y sociales.
- Mejorar las condiciones de salud mental y físicas del usuario.

### VENTAJAS

- Somos un modelo de tratamiento único en su género en Guatemala.
- El tratamiento y la rehabilitación no tiene costo alguno para el usuario y su familia.
- Contamos con un equipo de profesionales de distintas especialidades que tienen la experiencia necesaria para tratar el problema de la fármaco dependencia.
- Proyectamos a corto plazo, la implementación de programas terapéuticos que facilitarán en forma paulatina el convencimiento del individuo a no consumir drogas y cambiar su conducta hacia un proyecto de vida que permita una reinserción a su familia y a la sociedad.

### PÚBLICO OBJETIVO

Inicialmente, el programa de tratamiento ambulatorio fue diseñado para jóvenes con tendencias adictivas, sobre la base de tratar rangos de edades que oscilaban entre 15 y 25 años de edad. Sin embargo, durante la gestión del centro, nos dimos cuenta que el problema de la tendencia a las adicciones no aqueja solamente a jóvenes, sino que también a personas adultas, niños y familias completas.

En ese sentido, nos hemos propuesto diseñar programas de tratamiento y rehabilitación para los siguientes segmentos:

#### Por edad

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| a) niños:             | 8 a 12 años         |
| b) jóvenes:           | 12 a 25 años        |
| c) adultos:           | 25 años en adelante |
| d) Grupos familiares: | 3 ó más miembros    |

**Por sexo**

- a) Hombres
- b) Mujeres
- c) Niños

**Por ingreso económico**

De conformidad con un análisis de ingresos económicos desarrollado entre la población de usuarios se llegó a determinar que el ingreso per-capita de nuestros usuarios es en su mayoría de Q1,000.00 a Q2,000.00.

Ello implica que el diseño de nuestros programas de tratamiento y rehabilitación será orientado hacia un público objetivo de segmento C y D.

**MARCO LEGAL**

Convencidos de que toda acción y su ejecución debe estar enmarcada dentro de ley, se puso en marcha la revisión del “Reglamento Interno del Centro de Tratamiento Ambulatorio para Personas con Tendencias Adictivas”, así como las “Normas de Conducta del Centro de Tratamiento Ambulatorio para personas con tendencias adictivas”.

Dicha revisión concluyó con la redacción de los citados reglamentos, los cuales son aceptados por el usuario al momento de solicitar su ingreso a los programas del centro mediante la suscripción del acuerdo de entendimiento y aceptación correspondiente.

**MODELO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Definición.

El Programa de Tratamiento Ambulatorio consiste en un modelo de tratamiento integral, no residencial, que permite la rehabilitación integral del individuo sujeto al consumo de sustancias psicoactivas cuya adicción aún le permite desarrollarse social, familiar y laboralmente.

El programa tiene como objetivo primordial proporcionar al usuario las herramientas necesarias que le permitan establecer un “proyecto de vida” encaminado a promover su reinserción total a la vida productiva, su familia y la sociedad.



## **HONDURAS**

Sitio inaccesible al 04/10/2006.  
<http://www.ohsd.org.hn/>



## **JAMAICA**

El sitio contiene información muy básico y sin datos relacionados a tratamientos en drogas.  
<http://ncda.org.jm/>



## **NICARAGUA**

No se pudo acceder al sitio.

<http://www.migob.gob.ni/cnlcd/cedindro.php>

## PANAMÁ

### TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DURANTE EL AÑO 2000

La atención del problema de la farmacodependencia y aspectos relacionados es realizado en el país por el Ministerio de Salud, a través de sus cuartos de urgencias, centros de salud, y programas de tratamiento y por organizaciones no gubernamentales que se dedican al tratamiento de las adicciones de acuerdo a diversas modalidades de atención.

### PROGRAMAS

#### Consideraciones sobre los Programas de Tratamiento y Rehabilitación durante el año 2000

Existen en el país programas tanto gubernamentales como no gubernamentales, de diversas modalidades, no obstante se considera que es necesario ampliar la cobertura de estos programas.

Se observa que la comunidad terapéutica es la modalidad que mayormente se presenta en los casos de programas de internamiento, haciéndose necesario el desarrollo de otras modalidades, como programas residenciales, o casas de medio camino. De igual manera son pocos los programas de tipo ambulatorio.

Específicamente hay regiones del país que no cuentan con alternativas para el tratamiento del adicto. De igual forma, hay que aumentar la cobertura de los programas que atienden a la población adolescente, la población femenina poblaciones específicas como la carcelaria.

En cuanto a las normas de atención para centros que atienden la farmacodependencia, debe continuarse con la difusión de las misma y con el seguimiento para observar su cumplimiento.

#### Gubernamentales

En cuanto al **Ministerio de Salud**, se continua con la atención de la farmacodependencia a través de los equipos de salud mental de los centros de salud, de esta manera los pacientes reciben atención individual y en algunos centro también se ofrece la terapia de grupo para pacientes y familiares.

En ese sentido, el Centro de Salud de Parque Lefevre, el Hospital Nicolás A. Solano en La Chorrera, la Región de Salud de Chiriquí, y el Hospital Psiquiátrico Nacional han estructurado programas específicos para la atención de las adicciones. En el Hospital Psiquiátrico Nacional, a través de su Programa de Dependencia Química se han atendido un total de 60 pacientes durante el año, además de las acciones de seguimiento y consultas a pacientes egresados del programa y sus familiares.

En cuanto a los programas de tratamiento para menores, el **Tribunal Superior de Niñez y Adolescencia** realiza las acciones de orientación para adolescentes con problemas de abuso de drogas, y hace las referencias a centros gubernamentales u ONG's para la debida atención de estos menores. Un equipo técnico evalúa periódicamente el progreso de estos jóvenes en los centros de atención a los cuales son referidos.

En cuanto a los menores con problemas de consumo de drogas, el **Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia**, desarrolla un programa tanto ambulatorio como de internamiento para estas poblaciones.

### **No Gubernamentales**

Por otro lado, las organizaciones no gubernamentales han desarrollado acciones a través de sus diferentes modalidades de atención. La Fundación Teen Challenge reporta la atención de 600 personas a través de su programa de comunidad terapéutica, desarrollado por medio de 10 centros de tratamiento localizados en las provincias de Panamá, La Fundación REMAR a través de sus programas en las provincias de Panamá y Chiriquí, han desarrollado acciones hacia adictos varones, y mujeres además de personas con otra problemática social como lo son los indigentes.

**Hogares CREA** atiende a través de sus centros de tratamiento en las provincias de Panamá, Veraguas y Coclé, con programas tanto para varones como para mujeres. De igual forma el Centro de Rehabilitación y Transición Penitenciaria Nueva Vida, a través de sus modalidades de tratamiento ambulatorio y de internamiento en comunidad terapéutica, ha atendido un total de 850 personas durante el año.

La **Cruz Blanca Panameña** a través de sus programas ha atendido un total de 1956 personas, de las cuales 1053 fueron casos nuevos, a través de sus modalidades de Orientación, Tratamiento e Intervención.

De la misma manera, la **Fundación Educativa Médica Antidroga**, (FEMA) ha desarrollado durante el año un programa de tratamiento ambulatorio dirigido a pacientes varones y mujeres.

Cabe resaltar el programa dirigido a los infractores por posesión simple de drogas con ánimo de consumo personal a quienes se les ofrece la alternativa de tratamiento como medida de seguridad previa evaluación del Instituto de Medicina Legal. Este proyecto es auspiciado con fondos de CONAPRED y se encuentra en su tercer año de ejecución. El mismo implica la participación del Órgano Judicial, el Ministerio Público, el Tribunal Superior de Niñez y Adolescencia, y el Ministerio de Salud, además de las ONGs que forman parte del acuerdo.

Es importante mencionar también la labor que realizan los grupos de Autoayuda, tanto **Alcohólicos Anónimos** como **Narcóticos Anónimos** y los grupos de Autoayuda para familiares del adicto, como también los que están dirigidos a atender otro tipo de adicciones. De igual forma la labor de la **Iglesia Católica** a través de su programa de Orientación a las personas con problema de adicción y a sus familiares.

## REPÚBLICA DOMINICANA

Existen instituciones no gubernamentales que trabajan en los tres niveles de prevención de drogas, reconocidas por el Consejo Nacional de Drogas (CND); en virtud de la Ley 126-91, estas son:

### **ASCAYD Y LA FE**

Institución que trabaja prevención de drogas y alcohol en todo sus niveles (prevención primaria, secundaria y terciaria). Sus tratamientos son ambulatorios. Ofrece ayuda para superar depresiones, problemas familiares y conyugales.

Es una organización sin fines de lucro con un alcance de sus servicios a todo el país, fue fundada en el año 1986. En éste año 2001, han ingresado 38 pacientes con tres personas referidas.

Teléfono: 683-1166

José María Escriba Esq. Miguel Báez  
C/ P. Cordero V, Apto. 1B, Ens. Piantini  
Santo Domingo, República Dominicana.  
P.O. Box 428 Fax: 536-0558.

### **CASA ABIERTA**

Centro profesional de prevención, tratamiento y rehabilitación, cuyo método de trabajo se sostiene en la filosofía que asigna siempre un rol protagónico a la comunidad, a través de sus organizaciones y grupos representativos. La intervención de Casa Abierta se orienta en los tres niveles de prevención reconocidos: primario, secundario y terciario. Sus actividades son: Prevención, tratamiento y rehabilitación.

Teléfono: 809-538-9330, 809-681-7350 – Fax: 809-538-9044

Dirección: Calle 18 Sur #1, casi esquina Josefa Brea  
Ensanche Luperón, Santo. Domingo. República. Dominicana

Página Web: [www.casaabierta.org.do](http://www.casaabierta.org.do)

Correo electrónico: [http://www.casaabierta@verizon.net.do](mailto:http://www.casaabierta@verizon.net.do)

### **CIRCULO JUVENIL DE PREVENCIÓN DE DROGAS (CIJUPD)**

Institución sin fines de lucro e independiente de partido político o secta religiosa. Su principal objetivo es prevenir el consumo de drogas en los niños, adolescentes y adultos en la comunidad en general. Organiza seminarios, talleres, cursos y otros eventos de carácter nacional e internacional que contribuye a la prevención de drogas Actualmente trabaja en investigaciones de prevalencia de consumo de drogas en niños y adolescentes, y en el fomento deportivo como actividades de prevención. Trabajan en prevención de primero y segundo nivel.

Teléfono: 221-6588

Dirección: Pedro Henríquez Ureña #14, Residencial Flor Celeste, Gazcue  
Santo Domingo, República Dominicana.

Correo electrónico: [http://www.cijupd@waadominicana.com](mailto:http://www.cijupd@waadominicana.com)

### **FUNDACION FENIX**

Institución privada sin fines de lucro, fundada en 1994. Su misión es contribuir junto a otros sectores sociales a enfrentar la problemática de las adicciones en la sociedad, mediante actividades de información, educación, investigación y servicios de calidad para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas. Su alcance cubre el Distrito Nacional. Es un modelo de intervención con enfoque clínico, entiende la adicción como una enfermedad; el tratamiento es ambulatorio.

El programa realiza actividades como: Psicoeducación, con charlas que proporcionan informaciones científicas, contribuyendo a la reducción de ansiedades; actividades de relajaciones o psicofísicas para el reforzamiento de la autoestima y desarrollo de planes de acción; la terapia centrada en soluciones, para fortalecer el contacto con la realidad mediante los grupos de confrontación. También la Terapia Gestalt, terapias recreativas y el origami.

Las terapias individuales dan coherencia a la multiplicidad de conocimientos acumulados. Terapia de grupo diaria, video, foro, servicios de emergencia, testimonios de adictos en

recuperación, revisión de literatura, taller de pasos, grupos de autoayuda y prevención de recaídas.

Terapia de grupo de post-cuidado para los pacientes egresados, integrados social y laboralmente para evitar su recaída y/o detectar ésta. Ofrecen servicios de terapia familiar, grupal, terapia individual familiar, sesiones de bienestar familiar, talleres psicoeducacionales (Alanon) todos los sábados.

En el año 1997 ingresaron 32 pacientes; 7 pacientes terminaron el tratamiento. En el año 1998 ingresaron 26 pacientes; 13 terminaron el tratamiento. En el año 1999 ingresaron 39 pacientes y 16 terminaron. En el del año 2000, ingresaron 47 pacientes de los cuales terminaron 10 pacientes. El equivalente al 32% de la población vista han tenido éxito en su recuperación.

Teléfonos: 683-4029 / 3906 / 3806 / 3705

Fax: 566-6582

Dirección: Av. Los Conquistadores No.27, Arroyo Hondo

Santo Domingo, República Dominicana.

Correo electrónico: [www.fundafenix@codetel.net.do](mailto:www.fundafenix@codetel.net.do)

#### **HOGAR CREA DOMINICANO INC.**

Es una comunidad terapéutica, creada para trabajar en tratamiento de drogodependencia con una modalidad residencial y ambulatoria. Trabaja en prevención a través de charlas, talleres, y cursos. Cuenta con un centro de documentación e investigación y unidad informática.

Fue fundado el 15 de febrero del año 1975. Su cobertura es nacional e internacional. Cuenta con 23 residencias con una población de 830 residentes y 300 voluntarios aproximadamente.

Teléfono: 221-1413

Dirección: Padre Billini No. 503/505/556, Santo Domingo,

República Dominicana. Apartado Postal 2701

Correo electrónico: [www.hogarcrea@codetel.com](mailto:www.hogarcrea@codetel.com)

#### **HOGAR CREA INTERNACIONAL**

Casa de reeducación de adictos en todas sus manifestaciones, a nivel de tratamiento y prevención. Asociación sin fines de lucro no gubernamental. Sus actividades son de tratamiento y rehabilitación con una cobertura internacional. En el año 2000 ingresaron 200 pacientes; hay 150 residentes.

Teléfono: 688-0609

Dirección: C/ onci Cáceres No. 34

Villa Consuelo Santo Domingo,

República Dominicana.

#### **PASTORAL JUVENIL**

Es una institución de la iglesia Católica, dependencia del Arzobispado Dominicano, que tiene por finalidad la educación humana a través del trabajo con la juventud. Todas sus actividades son de carácter educativo y preventivo. Sus principales programas son: Asistencia legal, orientación telefónica, prevención de VIH-SIDA, prevención de drogas, entre otros. Para los muchachos de la calle está el programa "Yo También".

Cuenta con una cobertura nacional y sus principales actividades son: educación, prevención, asistencia legal y orientación.

Dirección: C/ Jacinto de la Concha esq. México

Santo Domingo, República Dominicana

Teléfono: 689-7905

#### **CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL (CIFPI)**

El Centro de Investigación y Formación y Formación para la Prevención Integral, gerencia programas y proyectos sociales inter-universitarios de prevención integral, cuyos componentes son: investigación, formación y servicios comunitarios, orientados a promover una cultura de prevención integral.

Los Programas que integran el Centro son:

Formación en investigación para la intervención comunitaria PUCMM/UND'H.

Investigación y Elaboración de Diagnósticos.

Asistencia a la Comunidad.

Intercambio con la Comunidad Científica Nacional e Internacional.

Divulgación.  
Terapia de Familia y de Adolescentes.  
Liderazgo Juvenil.  
Prevención a través de la TV.  
Dirección :  
Calle 3 Apto.3B, Edificio Castillo  
Reperto Universitario, Santiago de los Caballeros  
Email: [www.mafaldamejia@hotmail.com](mailto:www.mafaldamejia@hotmail.com)

### **RETO A LA JUVENTUD**

Es una institución de tratamiento y rehabilitación de adictos en programa tipo residencial. Esta institución sin fines de lucro, no gubernamental, está dedicada al rescate, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de adicción, con una modalidad de intervención religiosa basada en la fe de Jesucristo.

Fue fundada el 8 de julio del 1985 con su sede en el Distrito Nacional. Ofrece sus servicios a todo el país. Ingresaron en el año 2000, 58 pacientes; desde enero de éste año hasta ahora han ingresado 14 pacientes.

Teléfono: (809) 560-9540

Dirección: C/C #8 Urbanización Villa Aura,  
Santo Domingo, República Dominicana.  
Apartado Postal 30371

### **EL MESON DE DIOS**

Fue creado el día 9 de septiembre del 2000 e incorporado el 3 de enero de 2001. Está bajo la dirección del Sr. Nilo Mercedes (PDC), quien es el director ejecutivo de ésta ONG.

Mesón de Dios tiene asiento en la Calle 10 No. 20, Reparto Rosa, Santo Domingo. Tel. 530-4917.

La capacidad y demanda de atención es ambulatoria y actualmente están internos 22 pacientes, recibiendo tratamiento. Su carácter de intervención es biofísico y psicológico.

El Mesón de Dios cuenta con un centro de alcance que lleva el mismo nombre, ubicado en el sector de Capotillo en la Calle Duarte 511 altos. Tel. 538-6489. Está bajo la dirección del Sr. Juana Josefina Encarnación. La capacidad y demanda de atención es de internación total, teniendo actualmente 25 pacientes.

Su filosofía de tratamiento es moral espiritual.

## TRINIDAD Y TOBAGO

### 12. Día internacional contra abuso y tráfico de la droga

Cada año la oficina de Naciones Unidas en las drogas y el crimen (UNODC) celebra el 26 de junio como "día internacional contra abuso de la droga y tráfico ilícito". En un esfuerzo de aumentar conciencia pública sobre la energía destructiva de drogas y de la responsabilidad de la sociedad de cuidar para el bienestar de niños, UNODC ha seleccionado el tema "**DROGAS no es juego del niño**" para su campaña internacional 2006. La campaña de la contra-droga de UNODC impulsa a adultos proteger a niños asegurándose de que el hogar de un niño es un ambiente seguro y de que los niños están enterados de los peligros asociados a abuso de la droga.

El consejo nacional de la droga en colaboración con los varios ministerios y agencias no gubernamentales conmemoró "día internacional contra abuso de la droga y tráfico ilícito" con las actividades siguientes:

Un suplemento del periódico

Mensajes del ministro de la seguridad nacional y del ministro del estado

Exhibiciones en el puerto de España, San Fernando, empresa Chaguanas y Trinidad y Tobago

La disposición de la información sobre alternativas con servicios ofreció por Government y no organizaciones del gobierno

Distribución de la literatura de la Contra-Droga

Desarrollo de un suplemento para el periódico

Una competición del ensayo para los niños de escuela

El consejo nacional de la droga desea agradecer el comité de planeamiento y todas las agencias que participaron en estas actividades y mirada adelante a las relaciones continuadas a más futuro la iniciativa nacional de la Contra-Droga en Trinidad y Tobago:

#### Comité de planeamiento

Groome-Duque de Claudia- del Assemblyman – Asst. Juventud y deporte THA de la educación de la secretaria

Ms. Margani Evans el Ministry de la tecnología de la ciencia y de la educación terciaria

El ministerio de Anthony Greenidge de los asuntos del deporte y de la juventud

Wendell Dardaine PTA nacional

Sr. Dharamraj Rampersad conciencia PTA

Olson servicio arenero de la prisión de Trinidad y de Trinidad y Tobago

Harry Ramroop Trinidad y servicio de la prisión de Trinidad y Tobago

Señora Gemma José conciencia Alcohol y prevención del abuso de la droga

#### Programa

El ministerio de Sr. D. Lutchman de la salud

El ministerio de Trevor Emmanuel del desarrollo de la comunidad

Claire De Bourg el Ministry de la seguridad nacional

Comité que coordina del SIDA nacional de Verne Extavour

Wendy Wilkinson Trinidad y servicio del policía de Trinidad y Tobago

Wayne Gilkes Trinidad y servicio del policía de Trinidad y Tobago

2do Teniente. Una Sydney Trinidad y fuerza del cadete de Trinidad y Tobago

Cuerpo de la conservación de Sr. Garth St Clair Civilian

Sr. Steve Richards Rebirth House

Sr. Cuthbert Pantin Trinidad y Tobago

Consejo de ms Danielle Nicholson conciencia Drug

Consejo de ms Esther Best conciencia Drug

Deseamos también agradecer a ms Tina Schuler y su equipo por el desarrollo y la sentencia de la competición del ensayo.

#### **Patrocinadores corporativos:**

Unit Trust Corporation

SWMCOL

BPTT

Petrotrin

UNDP

HOLA almacenes bajos del alimento

Aguas azules  
Scotiabank  
Tablero de control nacional de las loterías  
Angostura  
CLICO  
Unión de crédito de RHAND  
Econocienc Gas Company  
Gas británico  
Seguridad unida –  
Tapones del crimen  
Nestle  
WITCO  
NADAPP –  
Consejo nacional de la droga

## **2. La cultura de la legitimidad**

Trinidad y Tobago primero eran enteradas de este proyecto cuando fue enumerada para la presentación en el diciembre de 2004, 36.a sesión regular de la Comisión Inter-Americana del control del abuso de la droga (CICAD) en la C.C. de Washington.

El presidente del consejo nacional de la droga, (NDC) Sr. Lancelot Selman, estaba muy interesado en este programa. Como miembro del subcomité 2020 de la visión para la seguridad nacional y la seguridad del público, una de las ediciones identificadas era la necesidad de reducir la anarquía general, que prevalece en la sociedad. El comité previo que esto se podría alcanzar con el respecto creciente por la regla de la ley.

Una copia de la presentación fue asegurada y Sr. Selman mandó a la secretaria del NDC adquirir la información adicional de CICAD. Sobre el último año la secretaria ha comunicado con CICAD para colocar el interés de Trinidad y de Trinidad y Tobago en el proyecto. Durante visitas a la C.C. de Washington en octubre y el diciembre de 2005 en reuniones relacionadas CICAD, la oportunidad fue llevada la reunión con el director y el personal ejecutivos del centro de información nacional de la estrategia, la organización responsable de desarrollar el programa.

CICAD está muy interesado en el trabajo con Trinidad y Trinidad y Tobago en este proyecto, puesto que somos el único Estado miembro de habla inglesa que ha expresado un interés hasta la fecha. Localmente, una presentación en las metas y los objetivos del programa fueron hechos al comité que coordinaba del plan de acción común sobre disciplina de las escuelas, en julio de 2005, y había ayuda unánime para su intento y puesta en práctica. Las discusiones también se han llevado a cabo con el Dr. Michael Alleyne que también expresó la ayuda.

### **El proyecto:**

#### *Fomentar la ayuda cultural para la regla de la ley*

La regla de la ley – un sistema en el cual todos los ciudadanos participan en la fabricación y mantener de los leyes y en cuál se aplican los leyes a todos los ciudadanos, incluyendo reglas – es una ideal estimado. Con todo no equipan a los ciudadanos automáticamente de la educación y de las habilidades necesitadas para sostener la regla de la ley. Estos últimos años, algunas sociedades han intentado cerrar este boquete entre ideal y la práctica con la educación promover la creencia y las prácticas constantes con la regla de la ley. La educación y la cultura son un método eficaz y barato de prevenir la corrupción y la criminalidad. Por lo tanto, cuando la educación y la cultura de apoyo de legitimidad se combina con la aplicación de ley realizada, el crimen y la corrupción se pueden reducir perceptiblemente – incluso dentro de una generación.

Una audiencia importante es juventud. Los trabajos de proyecto de la columna con el nacional y los sistemas de la escuela pública para alcanzar la generación siguiente, y a través de ellos, de familias y de comunidades. El curso intenta generar entender y proporcionar habilidades de pensamiento críticas sobre el propósito de leyes en una sociedad y la necesidad de la regla de la ley de evitar que el crimen y la corrupción los minen. Por otra parte, el curso apunta internar las responsabilidades de la buena ciudadanía.

Sin embargo la relación con la gente joven a través del sistema educativo es solamente una faceta del programa. Para que este cambio sea reforzado y sostenido otras áreas de la sociedad también necesitar estar implicado. Por lo tanto hay los componentes de este proyecto

que también proporcionan el entrenamiento para el policía, la sociedad civil, incluyendo los medios, la comunidad de negocio, las instituciones religiosas, los NGOs y el CBOs.

### **Puesta en práctica de la columna**

El proyecto de la columna ha encontrado que es eficaz fomentar la cultura indispensable, y después de tres iniciales a cinco – período del año de la asistencia técnica, el programa llega a ser independiente económicamente. Hay esencialmente cuatro componentes principales a desarrollar la cultura de la legitimidad.

#### Educación

Primero, alcanzar ambos la generación siguiente de estudiantes, sus padres, y las comunidades en quienes viven, el proyecto de la columna negocia un memorándum de la comprensión con autoridades educativas nacionales y locales para desarrollar y para integrar en el plan de estudios de la escuela un programa school-based sobre la cultura de la legitimidad. El acuerdo especifica que después de demostrar que el programa trabaja, las autoridades educativas, con sus propios recursos, continuarán enseñando el programa a todos los niños en su país. Lograr esto, las autoridades educativas en sociedad con el proyecto de la columna:

Desarrollar los planes de estudios a escala nacional aplicables a los estudiantes y a los profesores en el país

Entrenar a un cuadro inicial de los amaestradores del profesor en cada país que sea responsable de preparar a profesores a través del país enseñar los nuevos planes de estudios. Identificar a profesores que serán entrenados para servir como “amaestradores del profesor”

Evaluar la eficacia del entrenamiento de profesor

Adoptar los nuevos planes de estudios y evaluar tu impacto en estudiantes; y

Institucionalizar los planes de estudios a través del país

#### Evaluación del componente educativo

Las evaluaciones tomadas del proyecto en los varios países concluyeron que los cambios eran significativos en conocimiento y actitudes. Uno de los resultados significativos en el Sinaloa, evaluación de México encontró que los resultados positivos fueron obtenidos a pesar de que antes del curso, el 28% de los participantes divulgados observando actividad de pandilla significativa en sus vecindades, mientras que el 72% expresó los altos niveles del miedo que conseguían a y desde escuela.

Los estudiantes que tomaron el curso de la columna eran:

Más probablemente entender los conceptos tales como voluntad libre, naturaleza humana, y autoestima que proporcionan una fundación para su propia participación en la búsqueda de una cultura de la legitimidad, y:

Más constante en identificar esas características que sean, y no ser, asociado a la regla de la ley.

Además:

el 54% de estudiantes rechazaron la posesión material en la determinación del valor de una persona. Esto está con respecto al 45% antes del curso

el 57% de estudiantes expresaron el conocimiento que el proceso de sentir bien a un criminal generalmente implicó una pendiente gradual en un cierto plazo más bien que una decisión sola y repentina. Esto está con respecto al 48% antes del curso

el 42% de estudiantes comenzaron a definir solucionar de problema como vida-habilidad importante capaz de evitar que los problemas lleguen a ser peores. Esto está con respecto al 34% antes del curso.

Más allá la comprensión cognoscitiva de los estudiantes de aumento justos' de las ediciones, participación en el curso dio lugar a:

Los estudiantes que se convierten considerablemente más probablemente para internalizar el control de sus alrededores y para creer las pueden influenciar los acontecimientos que los afectan, más bien que relegar su sino a los factores externos más allá de su propia influencia

Un aumento significativo en sentido de los estudiantes' de su propia responsabilidad social, y:

Niveles reducidos del fatalism sobre el futuro

Uno de los resultados primarios de la intervención de la escuela era la aplicación el respeto por la aplicación de ley. Solamente un tercio (1/3) clasificó a policía como hacer un trabajo bueno o muy bueno. Más que la mitad de él fieltro que limpia el tratamiento preferencial demostrado a algunas personas. Sin embargo, por la terminación del curso, más el de 82% divulgaron que él apoyaría a policía si el policía ellos mismos seguiría la regla de la ley.

El papel del policía

Un sector importante identificado para este proyecto es el policía. Los resultados de la evaluación de la escuela refuerzan la necesidad de este grupo de ser apuntado para la intervención. En sociedad con la columna el policía está comenzando a integrar la educación en la regla de la ley en sus programas académicos para el entrada-nivel y el policía supervisor. Esta iniciativa apunta fomentar una comprensión de cómo y de porqué el respeto por la regla de la ley contribuye al policía eficaz el trabajo. También se prepone impartir las habilidades que permitirán a policía promover una cultura de la legitimidad – con confianza y la participación de ciudadanos.

Otros sectores en la sociedad

Para alcanzar otros sectores significativos los equipos de proyecto de la columna para arriba con los investigadores y los líderes civiles de la sociedad para movilizar los oncienc de comunicación, las instituciones religiosas, los NGOs, el negocio y el trabajo. Un plan se desarrolla para ayudarlos a utilizar su influencia y recursos para fomentar el respeto por la regla de la ley.

Un NISC/CICAD Trinidad y Trinidad y Tobago visitada equipo del 21 al 24 de marzo de 2006 y discusiones llevadas a cabo con el ministro del estado en el ministerio de la seguridad nacional, el ministerio de la educación y de otros ministerios y departamentos así como la comunidad del NGO en este proyecto. El consejo nacional de la droga considera este proyecto un activo directo a la iniciativa de la Contra-Droga y está trabajando actualmente para tener este programa puesto en ejecución en Trinidad y Trinidad y Tobago.

### **3. Alternativas de la custodia del castigo**

Este proyecto se centra en el abastecimiento de alternativas al castigo de la custodia. A medida que el sistema criminal de la justicia continúa siendo sobrecargado, hay una necesidad urgente de pilotar los programas que demuestran las ventajas substanciales de alternativas al encarcelamiento. Las ventajas a corto plazo de este programa son:

Para divertir a delincuentes de menor importancia de la droga del sistema oncienciar d en formas alternativas de condenar y proporcionar el entrenamiento en la puesta en práctica eficiente de la libertad condicional como alternativa no-de la custodia y para los NGO en la supervisión de los delincuentes/de los usuarios de la droga

Para proporcionar un gravamen de los instrumentos de la justicia y de la capacidad de servicio criminales disponible para responder a los delincuentes de la droga

La ventaja a largo plazo de este esquema es una reducción en la tarifa de crimen bajando la tarifa del recidivism entre los delincuentes no-violentos de la droga condenados en cargas de posesión o repartir pequeño.

#### **12. Eva va a extranjero**

En 2004, se invitó a Trinidad y Trinidad y Tobago que participaran en una reunión “más allá de las barras” restablecimiento, reintegración y rehabilitación” en Jamaica, con el hibisco femenino del proyecto del bienestar de los presos (hibisco de FPWP) basado en Londres. El hibisco de FPWP es una organización, que fue establecida para proporcionar la ayuda a las mujeres extranjeras, encarceladas en prisiones BRITÁNICAS, a los niños y a las familias de estos internos que todavía residen en sus países nativos y para proporcionar el asesoramiento y la ayuda a los internos sobre su vuelta a su país nativo.

En la región del Caribe, el hibisco de FPWP se centró inicialmente su atención en Jamaica, basada en la investigación que indicaba que la mayoría de mujeres extranjeras dentro del sistema oncienciar d BRITÁNICO, en cargas droga-relacionadas, origina de ese país. Según su investigación, estas mujeres no son generalmente instruídas y no existen en situaciones de la pobreza extrema, por lo tanto de su razón de emprender el papel de la droga “mula”. Sobre el encarcelamiento, la investigación señaló a una preocupación abrumadora entre internos con respecto al bienestar de sus niños y miembros de la familia a la izquierda detrás en Jamaica. Por lo tanto, el hibisco de FPWP estableció un capítulo jamaicano para asistir a estos internos femeninos asegurando la información sobre sus familias y expedición él al capítulo local para la intervención.

En la reunión jamaicana, el hibisco indicó su interés en explorar las posibilidades de desarrollar un programa similar aquí, puesto que había un aumento significativo en el número de mujeres en cargas relacionadas droga de nacionalidad de Trinidad y de Trinidad y Tobago en el sistema oncienciar d BRITÁNICO.

Las discusiones continuaron y el consejo nacional de la droga dio la aprobación para la puesta en práctica del proyecto. Los proyectos consisten en una campaña nacional de la educación pública que implica la distribución de carteles, un DVD para ventilar en los medios electrónicos, escuelas, los seminarios etc, un libro cómico y una línea telefónica señalada 800-4EVA.

El proyecto fue lanzado el 17 de octubre de 2005. El consejo desea expresar su gratitud a las agencias siguientes para su ayuda a este proyecto:

12. La alta Comisión británica

- El ministerio del desarrollo social y de NADAPP
- El ministerio del ministerio del • de los asuntos exteriores del desarrollo de la comunidad
- Servicio del policía de Trinidad y de Trinidad y Tobago (oficina organizada del crimen, narcótica y del arma de fuego)
- La unidad especial del Contra-Crimen
- No organizaciones del gobierno

## **AMERICA DEL SUR**

## ARGENTINA

El Área de Asistencia, se ocupa de articular la acción de organismos gubernamentales y no gubernamentales para facilitar la posibilidad de tratamiento y rehabilitación a los sectores económicamente vulnerables de la población, que no se hallan cubiertos por los dispositivos de salud de la seguridad social o del sector privado.

Tiene convenios con numerosas instituciones distribuidas en todo el país, en las cuales se asiste integralmente bajo diversas modalidades, a las personas que se hallan bajo dependencia de drogas.

El Centro de Consulta y Orientación (CEDECOR) es la puerta de entrada a la recuperación. Allí existe atención de forma personal, se evalúa la situación del individuo y se recomienda el procedimiento más adecuado para resolver el problema. Si el sujeto no tiene recursos SERONAR se hace cargo de solventarlo económicamente.

Los padres o allegados de quienes hacen uso indebido de drogas pueden acercarse, consultar y participar de grupos de orientación para resolver dudas o encaminar un posible tratamiento.

Todos los servicios son gratuitos y confidenciales.

### CEDECOR

El Centro de Consulta y Orientación al Público tiene como objetivos generales:

- Brindar asesoramiento respecto de la problemática de la drogadicción a personas afectadas directamente por el uso indebido de drogas, a familiares, a organismos gubernamentales y no gubernamentales y al público en general.
- Posibilitar el acceso a servicios especializados de personas afectadas por la drogadicción, que no puedan resolver por sí o con ayuda de terceros, su problemática.

Como objetivos específicos:

- Realizar una orientación eficaz frente a cada pedido de ayuda
- Canalizar frente a cada demanda, según se necesite, una derivación al dispositivo de tratamiento más adecuado al caso.

En cuanto al Programa de Subsidios para Asistencia Individual, sus objetivos son:

- Realizar la derivación hacia Servicios Asistenciales que garanticen la atención y tratamiento adecuado de las personas, según las características de cada caso.
- Auditar el tratamiento de los beneficiarios, en los servicios asistenciales prestadores del Programa de Subsidios, y la calidad del servicio brindado.

Funcionamiento del Servicio:

El Servicio funciona de lunes a viernes de 9 a 17 hs en la sede de SEDRONAR, Sarmiento 546 PB, Capital (no siendo necesario solicitar turno). Se atiende a personas que necesitan asesoramiento acerca de la problemática de la drogadicción en general. En este sentido se atienden a familiares, amigos, allegados o al mismo interesado que demanda involucrarse en un tratamiento especializado.

Una vez recibida la demanda y efectuada la primera contención, se efectúan una serie de entrevistas con distintos profesionales, tendientes a definir la modalidad de tratamiento indicada para cada caso.

Requisitos para acceder a un subsidio asistencial:

Ser mayor de 21 años.

Carecer de cobertura de obra social y/o servicio médico privado.

No contar con recursos económicos suficientes para afrontar los costos de un tratamiento.

Presentación de la siguiente documentación: fotoc. De DNI, certificado de aportes de Anses, certificación de ingresos del grupo familiar.

El Programa de Subsidios tiene alcance nacional.

## **Programa de Seguimiento Post Alta y Reinserción Socio Laboral**

El Programa de Seguimiento Post-Alta y Reinserción Socio-Laboral de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico es un Programa Nacional que surge ante la necesidad de brindar un abordaje específico a las personas que realizaron un tratamiento de rehabilitación por consumo abusivo y/o dependencia de sustancias psicoactivas.

La multicausalidad de la problemática de las adicciones conlleva serias dificultades para el logro de un proceso de reinserción social satisfactorio, entendiendo por éste la modificación de comportamientos adictivos que implican un mejoramiento de la calidad de vida del sujeto y de sus redes sociales, debilitadas en un primer momento pues los principales vínculos se establecieron en torno al consumo.

Teniendo en cuenta las dificultades que supone la externación o el alta de un programa ambulatorio y los obstáculos que surgen durante el proceso de reinserción socio-laboral, se considera necesario el desarrollo de un Programa que provea las herramientas adecuadas para facilitar el tránsito por esta etapa y así mejorar la calidad de vida del participante. De esta manera, cabe pensar en líneas de acción dirigidas que determinen una estrategia de intervención en función de dos variables: recursos sociales de que dispone (estudios, formación, empleo o posibilidad de empleo, problemas judiciales) y características personales. En relación a estas dos variables se describen a continuación los objetivos del Programa.

### **Objetivos generales:**

Favorecer el sostenimiento de la abstinencia a partir de la prevención de recaídas.

Promover la construcción de un proyecto socio-laboral en un marco de contención institucional

Brindar espacios de capacitación que favorezcan la continuación de estudios formales o el aprendizaje de oficios a través de la articulación con otros organismos.

### **Población Objetivo**

Aquellas personas mayores de dieciocho (18) años que, habiendo sido subsidiadas por SEDRONAR, hayan finalizado su tratamiento o se encuentren en la última fase del mismo, y que cumplieren favorablemente el proceso de admisión. No podrán ser beneficiarios aquellos que se encuentren percibiendo prestaciones concienzadas nacionales o provinciales y/o seguro de desempleo.

### **Financiamiento**

El Programa Nacional de Seguimiento Post-Alta y Reinserción Socio-Laboral se constituye a partir de la firma de un Convenio entre SEDRONAR y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, quien aporta a los beneficiarios del programa una ayuda económica no remunerativa y renovable mensualmente de \$150, durante un plazo máximo de 12 meses. Los pagos se hacen efectivos mediante transferencias en forma directa a los beneficiarios.

### **Duración y baja del Programa**

La duración del Programa es de un año. La consecución de los objetivos planteados, es inseparable del seguimiento que de los participantes haga el equipo profesional y condiciona la continuidad del beneficio económico otorgado.

### Taller de Orientación Vocacional

Se ha creado un espacio de trabajo cuyo objetivo general es acompañar a los consultantes en el proceso de construcción de un proyecto personal, en donde la posibilidad de inserción laboral se anude a una elección vocacional.

Entendemos que en Orientación Vocacional la vocación se construye subjetiva e históricamente, no nace o viene dada a priori. Es un proceso que se realiza en interacción con otros y toma en consideración las disposiciones personales, en un recorrido en el cual los participantes reflexionan sobre su problemática y buscan caminos para su elaboración.

Este proceso tiene como protagonistas a los participantes, siendo nuestra función acompañarlos en la elaboración de un proyecto sobre su futuro.

#### Grupos de orientación y contención a familiares:

Semanalmente se realizan grupos para familiares de carácter no obligatorio tendientes a fortalecer el vínculo y la evolución del participante.

#### Acerca del equipo técnico:

Los profesionales intervinientes en la ejecución del Programa forman un equipo multidisciplinario, cuyo objetivo es brindar un abordaje integral al participante, teniendo en cuenta la interrelación de las distintas áreas.

En la actualidad está conformado por 3 Psicólogas, 2 Trabajadoras sociales y 2 operadores socio-terapéuticos.

## BOLIVIA

### REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

La estrategia de rehabilitación está basada en el respeto personal del drogodependiente y priorizando sobre otros factores la posibilidad de su recuperación social.

Para mejorar los métodos de rehabilitación y del entorno del drogodependiente, están en marcha programas que comprenden:

- Investigación en el área clínica y en el mejor conocimiento de los factores de riesgo y de protección.
- Información, educación y comunicación para lograr la conciencia social, la movilización comunitaria y la participación familiar.
- Promoción de reglamentaciones alternativas para el consumidor dependiente y consumidor con delito menor asociado.

En relación al tratamiento en si mismo de las personas dependientes, las acciones programadas pretenden:

- La reforma y mejora de los centros ya existentes en varias ciudades del país.
- La formación del personal técnico, de modo que se puedan aplicar métodos terapéuticos diversificados: centros de “acogida” donde se realice el diagnóstico, la clasificación y la evaluación evolutiva; grupos de autoayuda; tratamiento ambulatorio; internamiento parcial; internamiento completo; casas de reinserción social; capacitación laboral; y creación de becas de estudio y trabajo.

### PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

#### PR1 — Actividades globales de prevención

El objetivo del programa es haber reducido en el año 2002, con respecto a los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares sobre prevalencia del Uso Indebido de Drogas del Proyecto Subregional de Información sobre Drogas del Gobierno de Bolivia y UNDCP de 1999, las tendencias de prevalencia de vida, año y mes del consumo de pasta base y clorhidrato de cocaína, en concordancia con los logros de la erradicación e interdicción. También se consideran las otras drogas en los programas de prevención, y se espera el declinamiento progresivo en sus usos.

#### Educación y capacitación

- En conjunto se pretende acceder a una población aproximada de 1.746.380 personas.
- Promoción de Defensorías de la niñez y adolescencia y prevención del uso indebido de drogas.
- Educación preventiva y promoción de la salud en escuelas.
- Apoyo institucional para diseñar métodos de prevención en poblaciones de alto riesgo.
- Formación de 2.500 instructores de pre-militares y conscriptos para acceder a 90.000 jóvenes en el servicio militar y a 7.000 pre-militares femeninas.
- En el campo laboral se pretende llegar a 10.000 personas.
- En las zonas productoras de coca de Los Yungas de La Paz y del Trópico de Cochabamba se trabajará con 5.000 jóvenes, con el objetivo de consolidar un núcleo de conciencia contra el uso indebido, la producción y el tráfico.
- Se pretende llegar a 10.000 productores de coca a través de eventos en los que se trate de la ley 1008 y las estrategias del Plan Dignidad.
- Se pretende incidir directamente sobre 9.200 personas de los pueblos indígenas amazónicos de los Departamentos de Pando y Beni.

#### Comunicación e información

- Capacitación a 1.200 comunicadores sociales en técnicas informativas de difusión de noticias sobre la problemática de las drogas.
- Capacitación a 600 conductores de programas infantiles y juveniles.
- Diseño de campañas masivas en prevención y a favor de una vida saludable.
- Celebración de las fechas internacionales contra las drogas con participación prevista de 100.000 personas.

#### PR2 — Actividades globales de rehabilitación

Con este programa se pretende revertir la tendencia de las consecuencias negativas del consumo de drogas en la población boliviana y al final de su ejecución se habrá elevado el índice de reinserción de los drogodependientes. Se pretende adaptar la actividad terapéutica a través de la mejora y creación de centros, de la capacitación de los equipos técnicos y de las actividades de comunicación.

- Ampliación la oferta de plazas hasta las 1.000 en 53 centros ubicados en 6 ciudades del país.
- Acreditación del 100% de la oferta existente.
- Dotación a 24 centros en 6 ciudades de equipamiento adecuado y talleres de ergoterapia.
- Formación a 150 operadores terapéuticos. 10 becas para formación a nivel de post-grado.
- Información a la población sobre los logros que es posible alcanzar en el campo de la rehabilitación.

### **PR3 — Gestión institucional**

El objetivo general del programa es mejorar la capacidad institucional en diseño, ejecución y evaluación de políticas. En los sectores de prevención y rehabilitación, de modo que al final del periodo, en el 2002, se pueda garantizar la ejecución del Plan Nacional de Prevención y Rehabilitación.

- Apoyo institucional. (1) Incrementar la capacidad del Viceministerio de Prevención y Rehabilitación, instalando un sistema de evaluación y monitoreo del Plan. (2) Mejorar la capacidad operativa de las unidades descentralizadas COPREs.
- Socialización de normas. Extender la capacidad de ejecución del Plan a instituciones privadas ya existentes, mediante la creación de un fondo financiero, Fondo Nacional de Prevención (FONAPRE), que permita la ejecución de 100 pequeños proyectos por año que beneficien a 20.000 personas.
- Investigación. (1) Realización de estudios de prevalencia en medios escolares, laborales, universitarios y otros. (2) Consolidación del Sistema de vigilancia epidemiológica del uso indebido de las drogas. (3) Diseño y coordinación del Sistema subregional de información.

## BRASIL

### Dependencias Químicas

Hay dos hechos importantes que precisan ser considerados en la actualidad:

- 1) En las ultimas decadas hubo avances importantes de las ciencias que estudian los fenómenos mentales, descubrimientos de psicofármacos importantes y eficacia comprobada de numerosas tecnicas psicoterapeuticas-sociales;
- 2) La ancestral relacion del ser humano con las sustancias psicoactivas ganó notoriedad por diversas razones, desde el aumento y banalización del uso, hasta cuestiones economicas estimando los costos directos e indirectos relacionando los trastornos por el uso de cerca de 300 billones de dolares, solo en los Estados Unidos.

Asi cuando se piensa en el tratamiento de las dependencias quimicas se hace necesario y util establecer sus principios generales para que se pueda, al mismo tiempo, dejar de lado preconceptos marginalizantes, proporcionar eficacia basada en la evidencia cientifica y obtener avances en la asistencia de aquellos que sufren con este problema.

A continuación se delinear líneas breves respecto de estos principios, tomando como base dos importantes y reconocidas instituciones que trabajan en la tematica: el Instituto Nacional de Abuso de Drogas – NIDA y la Asociación de Psiquiatria Americana – APA.

Ahora si bien estas normas ya estan bien establecidas en el área de la dependencia quimica, necesitan ser adaptadas al contexto brasileño.

### **1. Principio de Tratamiento Efectivo – Una guia basada en la investigación. (de NIDA)**

#### **1.1. No hay un tratamiento unico que sea apropiado para todos.**

Es importante que haya la combinación adecuada entre el tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios para cada problema y necesidad de la persona, contribuyendo para el éxito del tratamiento y para su retorno a una vida productiva en la familia, trabajo y sociedad.

#### **1.2. El tratamiento siempre debe estar disponible.**

Considerando que los que tienen dependencia quimica pueden tener dudas sobre el inicio o no de un tratamiento, es muy importante aprovechar la oportunidad cuando ellos expresan estar listos para el mismo. Se pueden perder candidatos potenciales para el tratamiento en el caso de que el tratamiento no este inmediatamente disponible o no sea de facil acceso.

#### **1.3. El tratamiento debe contemplar las necesidades varias de la persona, no solamente el uso de drogas.**

Para ser efectivo, el tratamiento debe ser dirigido al uso de drogas y también a cualquier otro problema médico, psicologico, social, profesional y juridico de las personas.

#### **1.4. El plano del tratamiento debe ser valorado, y si fuera el caso, modificado para asegurar que se mantenga actualizado con los cambios de las necesidades de la persona.**

Un paciente puede necesitar de combinaciones de servicios que varian durante el tratamiento y la recuperacion. Ademas de la psicoterapia puede necesitar medicamentos, otros servicios medicos, terapia familiar, orientación educacional (para los hijos), orientación vocacional y otros servicios sociales o legales. Es fundamental que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo etnico y cultural del paciente.

#### **1.5. Es importante que el paciente permanezca durante un periodo de tiempo adecuado en tratamiento.**

La duracion apropiada del tratamiento para una persona depende de sus problemas y necesidades. Las investigaciones indican que la mayoría de las veces comienza a verificarse una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento. Cuando se llega a este punto, los tratamientos adicionales pueden culminar en una recuperacion acelerada. Considerando que muchas personas abandonan en este proceso, los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes en tratamiento.

#### **1.6. La terapia (individual y/o de grupo) y otros tipos de psicoterapias comportamentales son componentes indispensables del tratamiento efectivo para la dependencia.**

Durante la terapia los pacientes tratan sus problemas de motivación, desenvuelven habilidades para rechazar o negar el uso de drogas y mejoran sus estrategias para la resolucion de

problemas. La psicoterapia comportamental también mejora las relaciones interpersonales y facilita la reinserción del individuo en su familia y la propia comunidad.

**1.7. Para muchos pacientes los medicamentos forman un elemento importante de tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.**

La metadona y la L-a-acetilmetadol (LAAM) son efectivos para ayudar a aquellos individuos dependientes de la heroína y otros opiodes, porque auxilian la estabilización de sus vidas y la reducción del uso de drogas. El naltrexone también es un medicamento eficaz para los dependientes de los opiodes que sufren de dependencia al alcohol al mismo tiempo. Para los fumadores los productos que subestimen la nicotina (adhesivos y gomas de mascar) o la medicación (bupropion) pueden ser componentes efectivos del tratamiento. Para pacientes con otros trastornos mentales asociados a la dependencia de drogas, la combinación de tratamientos psicológicos y medicamentos es crucial para el éxito.

**IMPORTANTE:** en Brasil, los siguientes medicamentos pueden ser utilizados en la práctica clínica como adyuvantes del tratamiento específico de la dependencia de sustancias psicoactivas:

1. para el alcohol: disulfiram, naltrexone y acamprosato.
2. para la nicotina: bupropion y reposición de nicotina.
3. para opiodes: naltrexone y clonidina. La metadona (un opiode sintético que su uso es preconizado en nuestro medio como analgésico) aunque resulta efectiva como fármaco de reposición en la dependencia a los opiodes, no tiene el suyo liberado oficialmente para este fin en Brasil.

**1.8. En el caso de individuos con problemas de dependencia al abuso de drogas que al mismo tiempo presentan otros trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.**

Frecuentemente se ven trastornos de dependencia y otros trastornos mentales en un mismo individuo. Los pacientes que presentan las dos condiciones deben ser valorados y tratados conformes los dos trastornos.

**1.9. La desintoxicación médica es apenas la primera etapa del tratamiento para la dependencia y, por sí solo, logra poco para modificar el uso de drogas a largo plazo.**

En la desintoxicación médica se tratan cuidadosamente los síntomas físicos agudos del síndrome de abstinencia, que ocurren cuando se deja de usar alguna droga. Aun la desintoxicación por sí sola raramente es suficiente para ayudar a las personas dependientes a conseguir abstinencia a largo plazo, para algunos individuos sirve como un precursor fuertemente indicado para el tratamiento efectivo de la dependencia de drogas.

**1.10. El tratamiento no precisa ser voluntario para ser efectivo.**

El tratamiento puede ser facilitado por la fuerte motivación del paciente. Entretanto, las medidas compulsivas o recompensas dentro de la familia, el ambiente de trabajo o del propio sistema judicial pueden incrementar significativamente el porcentaje de individuos que entran y que se mantienen en el proceso.

**1.11. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente.**

Durante el período de tratamiento, hay riesgo de recaídas en el uso de sustancias psicoactivas. La supervisión objetiva del uso de drogas y alcohol durante el tratamiento, incluyendo análisis de orina u otros exámenes, puede ayudar al paciente a resistir sus impulsos de usar estas sustancias. Este tipo de supervisión puede también proporcionar una evidencia precoz del uso de drogas, para que el plan de tratamiento del paciente pueda ser reajustado. Informar los resultados a los pacientes cuyo resultado haya sido positivo para el uso reciente de drogas, puede ser un elemento importante del proceso de tratamiento.

**1.12. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para HIV/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o sustituir aquellos comportamientos que los colocan a sí mismos y a otros en riesgo de ser infectados.**

La terapia puede ayudarlos a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su dolencia.

**1.13. La recuperación de la dependencia de drogas puede ser un proceso de largo plazo y frecuentemente requiere varios intentos de tratamientos.**

Tal como en otras dolencias crónicas, la recaída puede ocurrir durante o después de intentos exitosos de tratamiento. Los pacientes pueden necesitar de tratamientos prolongados y varios

intentos de tratamiento para conseguir la abstinencia a largo plazo y un funcionamiento completamente reestablecido. La participación en programas de auto ayuda durante y después del tratamiento sirven de apoyo para el mantenimiento de la abstinencia.

## 2. Trastornos relacionados al uso de sustancias – Principios alternativos de tratamiento psiquiátrico en general. (de APA)

### Resumen de las Recomendaciones

El tratamiento de individuos con trastornos relacionados al uso de sustancias psicoactivas (que en adelante se abreviarán como TUS) requiere considerar muchos factores y no puede ser revisado adecuadamente en un resumen breve. El lector que desee consultar la guía completa puede ingresar a [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/pg\\_substance.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_substance.cfm) para obtener recomendaciones específicas del tratamiento.

### Sistema Codificador

Cada recomendación es identificada como perteneciente a una de tres categorías indicadas a través de un número romano entre paréntesis seguida a la recomendación.

Las categorías representan niveles variados de confiabilidad clínica:

- 12. recomendado con sustancial confiabilidad clínica.
  - 1. recomendación con moderada confiabilidad clínica.
- 12. puede ser recomendado en base a circunstancias individualizadas

### Principios generales

Individuos con TUS son heterogéneos en relación a las características clínicamente importantes.	Número y tipo de sustancia utilizada
	Severidad del trastorno y grado de perjuicio en el funcionamiento asociado.
	Condiciones médicas generales y psiquiátricas asociadas.
	Fuerzas (factores protectores y de adaptabilidad) y vulnerabilidades propias de cada paciente.
Pacientes que serán afectados en varias áreas de su funcionamiento y requieren tratamiento multiprofesional. Este tratamiento puede ser pensado como ocurriendo en fases.	El contexto social y ambiental donde vive el individuo y será tratado.
	Fase de evaluación
	Tratamiento de cuadros de intoxicación y abstinencia, cuando resulte necesario.
	Desarrollo e implementación de una estrategia global de acompañamiento.

### 2.1. Elementos de Evaluación

Una evaluación psiquiátrica completa y esencial para guiar el tratamiento de personas con TUS (trastornos relacionados al uso de sustancias psicoactivas). Esta evaluación puede incluir:

1. historia actual y progreso detallado del uso de sustancias y sus efectos sobre el funcionamiento cognitivo, psicológico, comportamental y fisiológico del paciente;
2. examen e historia médica general y psiquiátrica;
3. historia de tratamientos psiquiátricos previos y sus resultados;
4. historia familiar y social;
5. test toxicológico de drogas de abuso y;
6. otros exámenes de laboratorio para ayudar a confirmar la presencia o ausencia de comorbilidades frecuentemente asociadas con TUS.

### 2.2. Gerenciamiento Psiquiátrico

El gerenciamiento psiquiatrico es la base del tratamiento de TUS. El manejo psiquiatrico tiene los siguientes objetivos:

- establecer y mantener una alianza terapeutica
- monitorear el estado clinico del paciente
- tratar los estados de intoxicación y abstinencia
- desenvolver y facilitar la adhesión al plano terapeutico
- prevenir recaidas
- brindar psico educaci3n sobre TUS
- reducir la morbilidad y secuelas asociadas

Generalmente el manejo psiquiatrico y combinado con tratamientos especificos llevados en colaboraci3n y co-participacion de profesionales de varias disciplinas y atenuantes en varios tipos y lugares de tratamiento, incluyendo comunidades terapeuticas, clinicas, hospitales, programas de desintoxicacion, tratamientos ambulatorios y de internacion.

### **2.3. Tratamientos especificos**

Los abordajes farmacologicos y psico sociales no seran revisados especificamente en este resumen, aunque sean generalmente estudiados y aplicados en el contexto de programas de tratamiento que combinan diferentes modalidades de tratamiento.

### **2.4. Tratamientos farmacologicos**

Beneficia a determinados pacientes con TUS. Las categorías de tratamiento farmacologico son:

- Medicamentos para tratar los estados de intoxicaci3n y abstinencia.
- Medicamentos usados para reducir los efectos reforzadores (que promueven o facilitan la auto administraci3n) de sustancias de abuso.
- Medicamentos que desalientan el uso de sustancias por inducir consecuencias desagradables a traves de la interaccion del fármaco con una droga de abuso o a traves del acoplamiento del uso de drogas con un displacer (condicionamiento inducido por la droga).
- Terapia de sustituci3n por agonista.
- Medicamentos para tratar comorbilidades psiquiatricas.

### **2.5. Tratamientos psico sociales**

Estos abordajes son componentes esenciales de un programa completo de tratamiento de TUS. Sin embargo hay pocos estudios controlados y muchos de ellos tienen limitaciones metodologicas, informaciones disponibles, sumada la experiencia clinica, indican que las siguientes formas de tratamiento son eficaces:

- Psicoterapia cognitivo – comportamental
- Psicoterapia comportamental
- Psicoterapia psicodinamica/ interpersonal
- Psicoterapia de grupo y familiar
- Participaci3n en grupos de auto ayuda (AA: Alcoholicos Anonimos, NA: Narcoticos Anonimos y otros)

### **2.6. Formulacion e Implementacion de un Plan de Tratamiento**

Los objetivos / metas del tratamiento y la eleccion de la modalidad especifica necesaria para alcanzar estas metas pueden variar entre diferentes pacientes y para un mismo paciente en diferentes fases del trastorno. Ya que muchos de esos trastornos son condiciones cronicas, los pacientes usualmente requieren tratamiento de largo plazo, aunque la intensidad de los componentes especificos puedan variar en el tiempo. Un plan de tratamiento y desarrollo incluyendo los siguientes elementos:

- gerenciamiento psiquiatrico
- una estrategia para promover la abstinencia o reducir los efectos del uso de sustancias psicoactivas
- esfuerzos para aumentar la adhesión continua a los programas de tratamiento, a la prevencion de recaidas y la mejora del funcionamiento global del sujeto.
- tratamientos adicionales necesarios para pacientes con comorbilidades clinicas o psiquiatricas

### **2.7. Regimen de Tratamiento**

El regimen de tratamiento varia en funcion de la disponibilidad de modalidades especificas de tratamiento, del grado de restricci3n al acceso a las sustancias que son probablemente usadas, de la disponibilidad de cuidados medicos generales y psiquiatricos y del medio general y filosofia de tratamiento a ser indicado.

Los pacientes deben ser tratados en el regimen menos restrictivo posible y que probablemente sea seguro y eficaz.

Las decisiones acerca del regimen deben ser basadas:

- en la habilidad del paciente de cooperar con el tratamiento ofrecido y su beneficio del mismo,
- en la estructura y apoyo necesarios,
- en la habilidad del paciente de contener el uso de sustancias psicoactivas,
- en la habilidad de evitar comportamientos de riesgo,
- en la necesidad de tratamientos especificos solamente disponibles en ciertos regimenes.

Los regimenes com3nmente disponibles para el tratamiento incluyen:

- regimenes hospitalarios
- regimenes de tratamiento "residencial", conocidos en nuestro medio como Comunidades Terapeuticas
- Hospitalizacion parcial, com3nmente llamados Centros de Dia u Hospital de Dia
- Regimenes ambulatorios

La duracion del tratamiento debe ser determinada de acuerdo con las necesidades de un individuo dado y puedan variar de pocos meses a varios a3os. El monitoreo para el uso de sustancias debe intensificarse en los periodos de alto riesgo para las recaidas, incluyendo los estadios del tratamiento, periodos de transici3n para niveles menos intensivos de cuidado y en el primer a3o siguiente al termino del tratamiento.

## **2.8. Caracteristicas clinicas que influyen el tratamiento**

El planeamiento e implemnetacion del tratamiento deben considerar:

- las condiciones medicas generales y existencia de comorbilidades psiquiaricas
- factores relacionados al genero (incluyendo la posibilidad de embarazo)
- edad (por ejemplo, ni3os, adolescentes e a3osos)
- ambienet social y de morada
- factores culturales
- caracteristicas familiares

La alta prevalencia de trastornos psiquiatricos concomitantes y la distinc3n diagnostica entre los s3ntomas de uso de sustancia entre otros trastornos deben recibir atenci3n particular y tratamiento especifico para las comorbilidades.

### **Dependencia: diferentes abordajes**

Los tratamientos de dependencia del alcohol y otras drogas reciben atención de psiquiatría desde que la dependencia fue acentuada como dolencia. Varias son las modalidades propuestas y en este capítulo se destacarán algunas que creemos tienen importancia particular.

#### **3. tratamiento clásico**

La internación tanto en hospital psiquiátrico así como las unidades especializadas son un modo de tratamiento clásico que se basa en la expectativa de que imposibilitando el acceso del dependiente de alcohol y otras drogas a las mismas, se tendría la posibilidad de abandonar la dependencia definitivamente.

Esta es una de las modalidades más utilizadas en nuestro medio.

Uno de los problemas de la internación es el costo elevado. Exige cuidados intensivos y tiene altos costos indirectos para apartar al paciente de su medio e impedirlo de trabajar durante este período. Además de esto, no tiene una efectividad superior al tratamiento ambulatorio y contribuye en la estigmatización de los pacientes.

#### **4. tratamiento psicoterapéutico**

Son innumerables y van desde el psicoanálisis hasta las técnicas cognitivas conductuales.

La psicoterapia puede ser:

- individual grupal
- breve o sin duración limitada
- intervenciones involucrando a sus parejas (terapia de pareja) y a toda la familia
- intervenciones involucrando al ambiente de trabajo

**Dato interesante:** es interesante que, en nuestro medio, el psicoanálisis continúa siendo utilizado como modelo de tratamiento de dependientes, a pesar de la falta de evidencia de su efectividad en esta área.

#### **12. tratamiento farmacológico**

Las opciones de tratamiento farmacológico son innumerables:

- tratamientos aversivos
- sustitución de una sustancia por otra para disminuir los prejuicios asociados (heroína por metadona por ejemplo)
- medicamentos para disminuir el deseo de consumir la sustancia
- medicamentos antagonistas

#### **4. otras modalidades**

- Counselling del clínico general o por enfermeros fuera de programas específicos para la dependencia, también fueron descriptos como de algún éxito.

- Los grupos de ayuda mutua como AA y NA, merecen destacarse por tener gran divulgación y concurrencia.

#### **Aspectos generales de la efectividad de los tratamientos**

Ya que no es posible listar todos los tratamientos en este capítulo, pasamos a discutir algunos aspectos generales acerca de su efectividad.

La evaluación de la efectividad de los tratamientos también contribuyen para su selección, y aunque debe ser el parámetro principal, esto no ocurre. Uno de los contribuyentes para esto es, sin duda, la dificultad en determinar la efectividad de las diversas modalidades terapéuticas existentes. Aunque ese tema haya recibido especial atención por la literatura especialmente en los últimos años hay muchas cuestiones por resolver.

La determinación de la existencia de este o aquel tratamiento obedece a varios criterios:

- Moda, cuya traducción es la creencia de que el tratamiento es eficaz.
- Política del costo de tratamiento. En general los tratamientos más baratos son preferibles, pero una estrategia de "marketing" puede invertir esa regla.
- Existencia de profesionales habilitados para implementar esta o aquella modalidad terapéutica.

## 6. Parámetros de efectividad de tratamiento

- intervalo de tiempo considerado. Evaluaciones en plazos muy cortos tiende a tener mejores resultados que las evaluaciones en periodos más largos.
- recursos disponibles para el tratamiento. No conviene proponer determinada técnica de intervención si no hay profesionales habilitados que se desempeñen adecuadamente.
- riesgos que se consideran admisibles por la gravedad de la dolencia del paciente. EL tratamiento no puede acarrear riesgos mayores que la dolencia.
- sustancia en cuestión. Diferentes sustancias llevan a diferentes consecuencias que definen diferentes estrategias de abordaje.
- características del paciente, y este parece ser uno de los principales determinantes de la efectividad de los tratamientos. Estas características van desde trazos estables como sexo hasta factores más inestables.

**Dato interesante:** de manera general la efectividad terapéutica más estudiada acerca de las dependencias al alcohol que la dependencia de otras drogas, porque la dependencia al alcohol puede traer una serie de complicaciones (síndrome amnésico, síndrome de abstinencia, etc) inclusive riesgo de vida.

### **Abordaje Interdisciplinar**

#### **La dependencia de drogas como fenómeno complejo y transdisciplinar**

La perspectiva transdisciplinar se refiere a una lectura de todas estas dimensiones que precisamos considerar en el conocimiento y abordaje de dependencia de sustancias psicotropicas, buscando definir la diversidad de situaciones sin perder de vista la globalidad del fenómeno y la singularidad de sus manifestaciones en cada sujeto que se presenta como dependiente.

Entendemos que solo podremos evolucionar en este trabajo si avanzamos en el conocimiento del fenómeno de las dependencias en su amplitud y complejidad. En este sentido, introdujimos el concepto de transdisciplinariedad que surge de contribuciones de teorías del pensamiento complejo de Edgar Morin (1991), uno de los pensadores más importantes de la actualidad. Definimos así, el fenómeno de la dependencia de drogas como un fenómeno complejo e interdisciplinar.

#### **Para saber más**

**Abordaje Multidisciplinar:** se refiere al trabajo y estudio de profesionales de diversas áreas de conocimiento de especialidades, sobre un determinado tema o una determinada área de actuación. No implica en integración de estos profesionales para el objetivo de entendimiento más amplio del fenómeno.

**Abordaje Interdisciplinar:** se refiere al trabajo y estudio de profesionales de diversas áreas de conocimiento o especialidades sobre un determinado tema o área de actuación, implicando necesariamente una integración de los mismos para una comprensión más amplia del asunto.

**Abordagem Transdisciplinar:** se refiere al trabajo y estudio de la naturaleza o cualidad de las relaciones existentes entre las diversas áreas de conocimiento o especialidades implicadas en el fenómeno. Propone que los profesionales trabajen integrados para no perder la vision global del fenómeno y de la persoan en cuanto sujeto activo y participante del proceso e inserto en un conetxtto familiar y socio cultural. Implica una lectura innovadora sobre la cuestion que, en vez de preocupar a penas como especilidades, busca rescatar la globalidad del fenómeno, prorizando el estudio de cómo las diferentes dimensiones se articulan generando una diversidad de situaciones. Estas situaciones son rescatadas en su singularidad sin perder de vista su relacion con la complejidad y la globalidad del fenómeno.

#### **¿Qué es el abordaje interdisciplinar?**

Es una lectura de todas las dimensiones que precisamos considerar para el conociemitno y el abordaje de la dependencia de sustancias psicoactivas. Las dieferentes dimensiones del problema no se colocan como un somatorio de factores, sino se articulan en diferentes formas y combinaciones, configurando la diversidad de situaciones y la singularidad de cada caso.

El abordaje interdisciplinar identifica como las diferentes causas estan relacionadas unas con otras, configurando la especificidad de cada situación o la individualidad de cada sujeto dependiente. El abordaje interdisciplinar exige que seamos capaces de realizar un alectura amplia e integrada incluyendo los varios angulos de esta problemática y comprender como tantos factores en juego se relacionan entre si. Un trabajo de esta naturaleza solo puede realiarse por un equipo formado por profesionales de diferentes áreas, los cuales a partit de un trabajo en conjunto, formarán el equipo interdisciplinar.

#### **Importante**

Un aspecto importante a ser considerado es caracterizar la dependencia de drogas como una problemática que exige un abordaje interdisciplinar. Se refiere al hecho de que

los diversos factores en juego no pueden ser vistos de forma lineal y tampoco de forma estatica. Lo contrario, son dimensiones y circulares, exigiendo del equipo una lectura sistematica.

## 5. El tratamiento de dependientes de sustancias como proceso dinamico e interdisciplinar

Teniendo en vista la naturaleza compleja e interdisciplinar del fenómeno de dependencia de sustancias psicotropicas, el tratamiento respectivo constituye un proceso dinamico caracterizado por las interfaces entre las diversas áreas implicadas y que exige una constante articulacion e integracion entre los profesionales.

Destacamos aqui una particularidad inherente al tratamiento de dependientes de drogas que constituye un desafio importante para todo el equipo: se trata de la ausencia inicial de demanda de tratamiento por parte del propio usuario que se hace, en la mayor parte de las veces, representar por una tercera persona, familiar o amigo, una institucion (escuela, justicia, etc.).

Esta caracteristica que se configura de recorrer el tratamiento como una dificultad de adherencia al mismo, viene a reforzar la necesidad de trabajar en equipo interdisciplinario a fin de que cada paciente puede encontrar en el equipo diversas opciones de personas para establecer un vinculo inicial del cual dependera la superacion de sus resistencias al tratamiento. Cabe destacar la importancia del establecimiento de un vinculo con uno de los integrantes del equipo para que el proceso terapeutico se inicie y pueda desarrollarse.

El tratamiento de dependientes de drogas es un proceso dinamico y complejo que se compone de tres etapas fundamentales. En cada una de los equipos se coloca como una funcion especifica a ser considerada, como veremos a continuacion:

### 2.1. Fase de acogimiento o del tratamiento de la demanda: el equipo y la red de apoyo descubren el potencial de las redes sociales y desarrollan en el cliente la motivacion para cambiar.

Se coloca aqui toda la importancia de la primera etapa del tratamiento de dependientes de drogas que se constituye en lo que denominamos de acogimiento o abordaje del paciente dependiente o fase de insercion en el tratamiento.

**¿Qué es esta fase?**

Esta fase inicial es de fundamental importancia cabiendole al equipo realizar una intervencion a partir de que toma la iniciativa de procurar la ayuda profesional, procurandose, a traves de este porta voz, movilizar a la persoan dependiente y construir una red de apoyo al tratamiento. Se hace necesario en esta fase, una buena habilidad de coger y establecer vinculos, compartiendo con todo el equipo la construccion de estrategias para movilizar al paciente a comparecer y aceitar la ayuda de los profesionales y de sus familiares. Es precioso el momento inicial en el cual alguien busca ayuda para la persona dependiente que, en general, no esta expresando deseo de ser tratado. En una vision sistematica, entendemos que el propio comportamiento de drogarse puede representar una comunicacion cuyo significado puede ser decodificado en cada contexto especifico. En este proceso se revelan elementos importantes para el diagnostico y evaluacion tanto del paciente como de la familia. En esta perspectiva, la fase inicial del tratamiento se destina al diagnostico del potencial de la red de apoyo y de los recursos existentes en el contexto, siendo esta seguida del psicodiagnostico del paciente y la indicacion terapeutica propiamente dicha.

## 2.2. El tratamiento propiamente dicho.

La evolucion de los modelos de tratamiento para dependientes de drogas del regimen de internacion para los regimenes predominantemente ambulatorios y de abordaje comunitario está consolidado a traves de la nueva politica de dalud mental (portaria 336/GM, Ministerio de Salud, 19/02/02) que dispone sobre la proteccion y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y el modelo asistencial en salud mental. Esta nueva politica actualiza las normas estableciendo los Centros de Atención Psico social como unidades de servicio tanto de atencion de personas con trastornos mentales como de personas con trastornos como consecuencia del uso perjudicial y dependencia de sustancias psicoactivas.

Esta nueva politica de asistencia en el área de salud mental define el contexto de atencion de los dependientes de drogas en la red publica de salud, a traves de los CAPS ad II – Centros de Atención Psico Social para la atencion de pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas.

### La asistencia prestada a los pacientes del CAPS ad II incluye las onciencia actividades:

1. atencion individual (medicamentos, psicoterapeutico, de oncienciar, entre otros);
2. oncienc en grupos (psicoterapia, grupo operativo, actividades do apoyo social, entre otras);
3. oncienc en oficinas terapeuticas, ejecutadas por profesionales de nivel superior o de nivel medio;
4. visitas y oncienc domiciliaria;
5. oncienc a la rgani;
6. actividades comunitarias, enfocando la oncienciar del dependiente químico en la comunidad y su oncienci familiar y social;
7. los pacientes asistidos en un turno (04 horas) recibiran un refrigerio diario; los asistidos en dos turnos (08 horas) recibiran dos refrigerios diarios
8. atencion de desintoxicacion

En cuanto a los recursos humanos, la ley establece que el equipo tecnico minimo para la atencion en CAPS as II para la atencion de 25 pacientes por turno, teniendo como limite 45 pacientes por dia estará compuesta por:

- **Equipo tecnico (minimo):**

- 1 medico psiquiatra,
- 1 enfermero con formacion en salud mental,
- 1 medico clinico, responsable del trio, evaluado y acompañado de interconsultas clinicas,
- 4 profesionales de nivel superior entre las siguientes categoría profesionales: psicologo, asistente social, enfermero, terapeuta ocupacional, pedagogo u otro profesional necesario para el proyecto terapeutico,

6 profesionales de nivel medio: técnico y/o auxiliar de enfermería, técnico administrativo, técnico educacional y artesano.

Como se puede constatar la nueva política implica una nueva propuesta técnica que exige un cambio considerable en lo referido a la formación del equipo interdisciplinario. En la medida en que los clientes permanecen preferentemente en sus propios espacios de convivencia familiar y social, los profesionales precisan estar dispuestos a conocer estos ambientes para poder evaluar los aspectos que favorecen o no el tratamiento y que urgen de intervención.

Cabe considerar que no siempre los pacientes presentan una demanda para el tratamiento psicoterapéutico, mas se identifican con otras actividades de cuña terapéutica, involucrando otras actividades tales como el cuidado del cuerpo por ejemplo o con su espiritualidad. Es muy variado el espectro de posibilidades de alternativas terapéuticas que pueden ayudar en el tratamiento de un dependiente de drogas.

En este sentido, cada equipo en condiciones ideales, debería poder contar con profesionales de diversas áreas para permitir a los clientes una diversidad de opciones de ayuda coherentes con la diversidad de demandas colocadas por esta clientela. A partir de estas directrices y cuadro mínimo de personal especializado, cabe a cada equipo construir su proyecto terapéutico de acuerdo con sus competencias y recursos de la red de salud y la comunidad.

### **2.3. Fase final o de reinserción social: el rescate de la convivencia familiar y comunitaria y de participación ciudadana a través del trabajo.**

En esta fase final del tratamiento hay un proceso de reinserción social que exige un trabajo igualmente interdisciplinario. Cada equipo deberá planear sus acciones para acompañar a sus clientes en esta fase final y de tanta importancia, tratando de prevenir recaídas y garantizar la mayoría de calidad de vida, que es el objetivo mayor del tratamiento.

## Tratamiento Psiquiátrico y Farmacológico

El manejo psiquiátrico y la base del tratamiento para pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y tiene los siguientes objetivos específicos:

- Establecer y mantener una alianza terapéutica;
- Monitorear el estado clínico del paciente;
- Diagnosticar y tratar eventuales comorbilidades;
- Tratar la abstinencia de los cuadros de abstinencia;
- Desarrollar y facilitar la adherencia al plan de tratamiento;
- Prevenir recaídas;
- Promover la educación sobre los TUS;
- Reducir la morbilidad y las secuelas de tales trastornos;

El tratamiento farmacológico de los TUS y los de menor efectividad cuando comparados con otros tratamientos psiquiátricos están limitados a tres episodios:

- Abstinencia,
- Síndrome de abstinencia,
- Complicaciones clínicas

Recientemente nuevas modificaciones han sido evaluadas con el objetivo de facilitar la promoción y mantenimiento de la abstinencia. Varios estudios han observado que el uso de sustancias agonistas, que compiten por los mismos receptores que recibiría a la sustancia psicoactiva utilizada, pueden ser eficaces en la reducción de tasas de recaídas.

### IMPORTANTE

Las terapéuticas farmacológicas y psiquiátricas de los TUS son apenas dos componentes del plan de tratamiento y deben ser utilizados de forma aislada, visto que ellas involucran desde la atención del paciente involucrado y su movilización para el abordaje de su problema, hasta la atención de la familia del paciente para el esclarecimiento y orientaciones necesarias. Durante este proceso, son parte del tratamiento el abordaje de la psicoterapia del paciente, de su familia y grupos de ayuda mutua.

En este capítulo se abordarán en línea general, el tratamiento psiquiátrico y, más detalladamente, el enfoque farmacológico de las dependencias químicas.

### 1.El manejo psiquiátrico de las dependencias químicas.

La evaluación psiquiátrica es crucial para el proceso continuo de escoger entre varias formas de tratamiento, monitorear el estado clínico del paciente y coordinar los diferentes componentes del tratamiento. Las particularidades de este abordaje serán vistas en capítulos específicos.

De modo general, sus objetivos específicos son:

#### Establecer y mantener una alianza terapéutica

Una característica esencial del manejo de pacientes con TUS es el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica en donde el psiquiatra empáticamente:

- Obtenga información necesaria para el diagnóstico y tratamiento.
- Gane la confianza del paciente y de otras personas importantes.
- Mostrarse disponible en momentos de crisis.

#### Objetivos primarios del tratamiento:

- Aprendizaje
- Práctica
- Los cambios de actitudes y comportamientos disocionados a la prevención de recaídas

### 1.2. Monitorear el Estado Clínico del Paciente

La evaluación de la seguridad del paciente es crítica, ya que su cuadro clínico puede cambiar en cualquier momento.

### **IMPORTANTE**

Es particularmente importante monitorear los pacientes por las potenciales emergencias de pensamientos suicidas, de auto o de heteroagresión o por los efectos colaterales secundarios del tratamiento. La evaluación del estado psiquiátrico también es necesaria para asegurar que el paciente este recibiendo el tratamiento apropiado y acompañar su respuesta a él.

Debido a que la recaída es parte del proceso, el monitoreo de laboratorio a través de tests de sangre, saliva y orina para las drogas de abuso puede resultar útil para la detección precoz. Sin embargo poner estos tests en la práctica clínica es bastante discutible.

#### **1.3. Manejo de la Intoxicación y dos Cuadros de Abstinencia**

Los pacientes agudamente intoxicados necesitan de monitoreo clínico y de un ambiente seguro, tratando de disminuir la estimulación externa y promover la reorientación y tests de realidad.

**Los cuidados clínicos están diseccionados a verificar:**

- Cuales sustancias fueron utilizadas,
- Los medios de administración,
- La dosis,
- El tiempo de recorrido desde la última dosis,
- La evolución de la intoxicación,
- Otras informaciones diagnósticas.

### **LECTURA AVANZADA**

El tratamiento es también dirigido para acelerar la remoción de sustancias en el organismo, que puede realizarse a través de un lavado gástrico, en el caso de drogas que fueron ingeridas recientemente, o a través de técnicas que aumentan las tasas de excreción de la misma o de sus metabolitos activos. Los efectos de las drogas pueden revertirse a través de la administración de medicamentos que antagonicen sus efectos.

No todos los individuos intoxicados desarrollarán síntomas de abstinencia. Esto generalmente ocurre en individuos tolerantes y/o dependientes físicamente que discontinúan o reducen el uso después de un período de consumo pesado y prolongado.

### **IMPORTANTE**

Las señales de síntomas específicos de abstinencia varían de acuerdo con:

- La sustancia utilizada,
- El tiempo transcurrido desde la última dosis,
- La tasa de eliminación de media-vida de la sustancia en cuestión,
- La interacción con otras drogas,
- La existencia o no de cuadros clínicos o psiquiátricos concomitantes,
- Características biológicas y psicosociales del individuo.

#### **1.4. Reducir la morbilidad de secuelas trastornos por uso de sustancias**

El psiquiatra debe comprometer al paciente y sus familiares en el desarrollo de un plan de tratamiento que comprenda:

- Sus áreas de salud física y psicológica,
- Funcionamiento social,
- Necesidades vocacionales, educacionales y de placer,
- Tratamiento de todo y cualquier trastorno clínico o psiquiátrico concomitante, incluyendo otros trastornos por uso de sustancias que pueden estar presentes.

#### **1.5.**

Es frecuente la ambivalencia de los pacientes en cuanto a la motivación para abandonar el uso de sustancias, siendo que los psiquiatras deben monitorear, durante todas las fases de tratamiento, las actitudes del paciente sobre su participación y cumplimiento de recomendaciones específicas.

**Las barreras del tratamiento incluyen:**

- Negación del problema por el paciente y sus familiares o colegas de trabajo,

- Patrones de comportamiento que facilitan el uso de sustancias (por ejemplo, actividades criminales o contacto constante con personas que usan drogas),
- Reparación de la "fisura",
- Actitud de desvalorización en relación al trabajo, disfunción psicosociales y vocacionales continuas,
- Comorbilidad psiquiátrica o clínica.

Estas barreras deben ser discutidas al inicio y durante todo el curso del tratamiento.

El psiquiatra debe atenuar estas barreras intentando aumentar la motivación del paciente.

Técnicas específicas para motivar, como:

- Promoviendo la participación en grupos de ayuda mutua,
- Reestructurando los lazos de amistad y su estilo de vida,
- Ayudando a desarrollar técnicas que mejoren sus relaciones de familia, en el trabajo y en su convivencia social,
- Procurando que intenten nuevas experiencias con reglas consistentes con un nuevo estilo de vida,
- Orientar en cuanto al riesgo de recaída si se producen grandes cambios de vida,
- Brindar tratamiento para las comorbilidades psiquiátricas y clínicas.

#### **1.6. Promover Educación sobre los trastornos por uso de sustancias y sus tratamientos.**

Los pacientes con TUS deben recibir orientación en relación a su dolencia, pronóstico y tratamiento.

El psiquiatra debe educar al paciente y cuando sea apropiado, a sus familiares en cuanto a:

- Etiología y curso de la dolencia;
- La necesidad de abstinencia;
- El riesgo de cambiar de dependencia;
- La concienciación de situaciones que puedan llevar a recaídas y los tratamientos disponibles.

Cuando necesario, el profesional debe promover educaciones sobre problemas médicos generales asociados (infecciones por HIV, efecto del alcohol y otras drogas en el feto, etc.) y orientar a prevenir complicaciones.

#### **1.7. Diagnosticar y tratar los trastornos psiquiátricos asociados.**

La comorbilidad, también conocida como diagnóstico doble, es un diagnóstico de dos o más trastornos psiquiátricos en un único paciente.

Datos del Epidemiologic Catchment Area (ECA) sugieren que más de la mitad de las personas que abusan de otras drogas que no son el alcohol tienen, al menos, un trastorno mental comórbido, siendo que los usuarios abusivos de cocaína presentan una dolencia psiquiátrica adicional en el 76% de los casos.

#### **IMPORTANTE**

Los trastornos psiquiátricos generalmente asociados con el abuso de sustancias psicoactivas son:

- Trastornos ansiosos, incluyendo trastornos de ansiedad generalizada, ataque de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y cuadros fóbicos: del 22.5% de la población norteamericana que presenta trastornos psiquiátricos diagnosticables, aproximadamente el 29% tenía una historia de vida de abuso de dependencias de drogas.
- Trastornos del humor: ejemplos trastorno depresivo, distimia, trastorno afectivo bipolar. La depresión mayor y distimia son 1.5 a 2 veces más comunes en el alcohólico.

Los hombres alcohólicos presentan una tasa de frecuencia de vida del 5% para la depresión contra el 3% de la población general, en cuanto en las mujeres alcohólicas, esa tasa era del 19% contra 7% de la población general.

- Trastornos psicóticos: la esquizofrenia es 4 veces más prevalente en alcohólicos que en no alcohólicos.
- Trastorno de personalidad: el segundo Nace et col. (1991) el 57% de los pacientes usuarios de drogas cumplían los criterios del DSM III-R para el trastorno de personalidad, siendo el trastorno de personalidad borderline el más común.

El acompañamiento longitudinal del paciente es esencial para un diagnóstico preciso de condiciones psiquiátricas comorbidas, siendo que tales comorbilidades pueden complicar el tratamiento de los TUS.

## 6. Visión general de las Farmacoterapias

La farmacoterapia comprende el manejo de varias alteraciones clínicas consecuentes de TUS. Tal situación será abordada de cuatro formas distintas, todas relacionadas entre sí cuyas características clínicas e intensidad dependen del tipo y de la cantidad de drogas utilizadas:

- 1) intoxicación,
- 2) abstinencia,
- 3) período pos-abstinencia,
- 4) mantenimiento.

A continuación se presentarán las características generales de cada una de esas fases, que son validadas por cualquier tipo de sustancia psicoactiva utilizada.

En el ítem 4 de este capítulo se presentan las particularidades de las fases para los principales grupos de drogas:

- a) depresores del sistema nervioso central,
- b) estimulantes del sistema nervioso central,
- c) alucinógenos, bien como las respectivas intervenciones farmacológicas.

### 2.1. Intoxicación

La mayoría de los pacientes intoxicados por alguna sustancia son llevados a emergencias en consecuencia de las complicaciones clínicas y/o la agitación psicomotora provocada por el uso de la droga. Solamente después de los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y evaluación neurológica) y examen físico detallado (muchos pacientes presentan complicaciones como traumas craneoencefálicos, sangramientos gastrointestinales, desnutrición) debe ser iniciado el tratamiento farmacológico, si las condiciones mencionadas lo permiten. Visto que en gran número de casos, no hay tiempo disponible para identificar la droga utilizada, la cantidad ingerida ni la tolerancia que presenta el paciente, debido a su estado, las conductas iniciales son decididas de acuerdo a su cuadro clínico y no según la sustancia psicoactiva ingerida.

Regla general, los individuos con baja consciencia no deben ser sedados, a menos que sea necesario para realizar exámenes (por ejemplo, tomografía computarizada de cráneo). Cuando el paciente está en coma, la atención debe proceder como la de un politraumatizado (verificar vías aéreas, respiración, sistema cardio-circulatorio y grado de compromiso neurológico). En este caso, la intervención farmacológica debe ser iniciada lo más rápido posible, para evitar mayores daños neurológicos. El paciente puede estar bajo el efecto de la sustancia psicoactiva, perjudicando sus funciones vitales.

### LECTURA AVANZADA

**Naloxone endovenoso** debe ser administrado rápidamente en pacientes con sospecha de intoxicación por **drogas opiáceas**. Su acción es percibida por la mejora del nivel de consciencia del paciente. Esta droga es capaz de "desplazar" de sus receptores tales sustancias. La tiamina es útil para prevenir la encefalopatía de Wernicke y/o el Síndrome de Korsakoff, dos complicaciones en caso de alcoholismo grave. Glucosa puede ser administrada en caso de que se sospeche que a causa de coma se venga una hiperglucemia.

Algunos pacientes pueden presentar crisis convulsivas inducidas por los efectos tóxicos de sustancias psicoactivas. En este caso el tratamiento debe ser hecho con diazepam endovenoso. La depresión respiratoria es rara, aunque la ventilación para una ventilación artificial debe estar disponible.

Algunas veces las convulsiones se repiten, o sea, el paciente presenta un estado de mal epiléptico. Si no aparece una mejora después del uso de diazepam, se debe probar con fenitoína. Si aun así el paciente no mejora se puede utilizar el fenobarbital.

Los pacientes pueden estar agitados cuando están intoxicados. Descartadas las hipótesis de traumas de trastornos metabólicos, las drogas desantes pueden ayudar a controlar esos cuadros: haloperidol intramuscular ha sido la droga de elección.

### 2.2. Síndrome de Abstinencia

Con el objetivo de proporcionar una abstinencia mas duradera, algunas medidas generales deben ser tomadas, independientemente de la sustancia psicoactiva en cuestion. El tratamiento farmacologico indicado precozmente puede reducir la frecuencia y la magnitud de algunas complicaciones, por eso debe ser utilizado después de que se hallan trazado los objetivos generales del tratamiento, que debera ofrecer medidas de apoyo clinico y psicologico.

La mayor parte de los pacientes pueden mantenerse en tratamiento ambulatorio, por eso aquellos que ya tengan antecedentes de síndrome de abstinencia grave, con confusion mental, delirios o crisis convulsivas, se benefician del tratamiento en regimen de internacion hospitalaria. Otras indicaciones para la internacion son: traumatismo craneoencefalico (TCE) reciente o accidente cerebral vascular (ACV), hepatopatía, dolencias respiratorias y añosos (mayores de 65 años).

### **2.3. Periodo post- abstinencia y “deseo- compulsión” (“craving”)**

Hay varios síndromes clinicos de inicio tardio conocidos como abstinencia “protraida”, en las cuales el tratamiento farmacologico se puede ajustar a reducir la alta incidencia de recaidas asociadas a las dependencias quimicas. Estas respuestas son síntomas de abstinencia quimica (alteración de frecuencia cardiaca y presión arterial, temblores, diarrea y sudores), por eso surgen, en los primeros 6 meses de abstinencia, en algunos casos siendo descriptos hasta 2 años después de la abstinencia. Estos síntomas asociados a otros estímulos internos pueden llevar a la búsqueda desesperada, compulsiva del uso de la droga (craving).

Poco se sabe sobre la fisiopatología de estas señales y síntomas. Estos síntomas pueden variar de intensidad con el tiempo y, en algunos casos, se tornan intermitentes.

En cuanto al comportamiento de busca de droga, dos sistemas neurotransmisores han sido bastante estudiados: la dopamina y la serotonina.

Otro proceso que viene siendo estudiado como posible responsable del “craving”, principalmente o relacionando a la cocaína, y efecto “kindling” (proceso por el cual la estimulación previa intermitente, de baja intensidad, disminuye el umbral futuro de respuesta a estímulos de baja intensidad. Este es un mecanismo propuesto para la estabilización de la tolerancia reversa.

### **2.4. Mantenimiento**

Sustancias agonistas como la tolerancia cruzada son usadas en dependientes quimicos con el objetivo de sustituir la droga primaria por otra menos perjudicial. El uso de estas sustancias, en general es prolongado, en vez de que el objetivo de esta fase es mantener al paciente sin uso de drogas.

## **Adolescentes**

El estrés y la ansiedad advenidos en la adolescencia aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes a la presión de los amigos. Si por un lado ganan autonomía en relación a sus padres, por otro adquieren una fuerte alianza con sus colegas. En este movimiento, la influencia del grupo y el “modelaje” es, la imitación de determinados comportamientos a partir de un ídolo, que en general es el líder del grupo, se tornan especialmente importantes.

Los comportamientos de riesgo hacen parte de este proceso y se ven asociados a sentimientos de grandiosidad y “omnipotencia juvenil”, frecuentemente acompañados también, de negación del potencial de muerte inherente a estos comportamientos que, muchas veces, colocan a los jóvenes en situaciones de mayor gravedad, involucrando el uso de sustancias.

### **12. Consecuencias del uso de drogas en el desenvolvimiento de los adolescentes.**

El uso de sustancias psicoactivas afecta directamente la cognición, la capacidad de juicio, el humor y las relaciones interpersonales. Estas áreas frecuentemente ya se encuentran comprometidas, en el mismo adolescente normal (Millar et al., 1991).

La adolescencia es un período especial de formación de identidad y desarrollo de la personalidad. El uso de regular, así como una eventual dependencia de alcohol y drogas en esta fase puede resultar en inconsistencia o deficiencias de personalidad futura.

En el proceso de formación de identidad, el adolescente precisa experimentar nuevas actividades, nuevas posturas sociales y nuevas formas de relacionarse. Es el resultado de estas experimentaciones- como se siente, lo que gusta y el retorno que el medio le da- que determinará si el joven adoptará o no determinada postura, que lo ayude en la formación de su identidad. El uso de alcohol y otras drogas puede disminuir el contraste, distorsionando la evaluación de los jóvenes de estas nuevas situaciones, así como su evaluación del retorno a la sociedad. Esta conciencia dificultará la determinación de qué gusta o no, dificultando el proceso de elección y, consecuentemente, atrasará desde su elección vocacional hasta su maduración emocional.

En muchos adolescentes y adultos dependientes de drogas fue identificado un corte en el desarrollo, donde la maduración se interrumpe cuando se desarrolla la dependencia de sustancias psicoactivas.

En el caso que la maduración sea interrumpida durante el proceso de individuación, la personalidad resultante puede ser excesivamente dependiente de factores externos, en vez de internos, en la determinación de comportamientos e identidades. Cuanto más temprano se inicia el consumo de sustancias, mayor será la dependencia de factores externos y menor autoestima que tendrá el joven. La autoestima baja encontrada en algunos adolescentes hace que se tornen más influenciados por el grupo, no hablen al respecto del comportamiento y estilo de vida (DUPRE et., 1995) o que pudieran facilitar el progreso del consumo de sustancias psicoactivas.

El uso de drogas y alcohol en la adolescencia también afecta el desarrollo de funciones sociales y el establecimiento de relaciones interpersonales. Los adolescentes dependientes de la droga y/o alcohol son frecuentemente apartados de otros jóvenes de la misma franja etaria, así como de las normas existentes de actividades rutinarias de la adolescencia (Kandel e Davies, 1996).

Estas actividades preparatorias para la vida adulta incluyen:

- enamorarse,
- formar lazos fuertes de amistad,
- participación en grupos y actividades que requieren el desarrollo de algunas habilidades sociales como la cooperación e interdependencia.

Las relaciones establecidas por los adolescentes dependientes están, muchas veces, basadas en el consumo de drogas y/o alcohol. Algunos adolescentes utilizan el alcohol y las drogas inicialmente para la recreación y acaban por no desarrollar otras formas de diversión o de desconstrucción. Una parte de ellos tendrá dificultades en mantener relaciones afectivas sin el uso de estas sustancias. Dificultando así el establecimiento de lazos más fuertes de relación.

### **Importante**

El miedo de abandono es una característica frecuente entre los adolescentes usuarios de drogas, tienen recelo de hacer vínculos y, posteriormente, que estas personas importantes los dejen, más las drogas nunca los abandonan.

### **Tratamiento**

El adolescente es un individuo en desarrollo, lo que implica un reconocimiento de las características únicas de esta franja etaria que serán de gran importancia para el desarrollo del tratamiento para esta población.

Los adolescentes son forzados a adaptarse a estos programas pre-existentes. Cuando es solicitado que los adolescentes permanezcan abstinentes del alcohol y otras drogas en el inicio del tratamiento, ellos encuentran dificultades porque no consiguen, y muchas veces no saben, ocupar su tiempo en actividades no relacionadas con las drogas.

Diferente de los adultos, que ya han desarrollado sus papeles en la sociedad antes de la disfunción causada por el uso indebido de drogas y/o alcohol, el adolescente y el pre-adolescente sabe, instintiva y lógicamente, que no puede retornar a sus 8 o 10 años de edad – conciencia anterior a la experimentación de estas sustancias.

Es indiscutible la necesidad del programa de tratamiento especialmente desarrollados para franjas etarias más jóvenes, una vez que las necesidades de esta población son diferentes de la de los adultos.

Los jóvenes parecen estar más preocupados con hechos presentes como la vida familiar, la escuela o como sus amigos tienen posibles compromisos físicos o psíquicos que las drogas puedan provocar.

El análisis de los factores de riesgo para el uso de drogas en la adolescencia y sus desempeños insatisfactorios en las áreas de desarrollo psicológico, habilidades sociales, funcionamiento familiar, desempeño escolar/ académico y la habilidad de encontrar y encarar actividades sociales, apunta a estas necesidades de abordar estas deficiencias como parte de un tratamiento más abarcador.

En el pasado, el abuso de drogas y alcohol era visto como el principal problema causante de cualquier otra disfunción que el adolescente presentase. Alcanzando la abstinencia, todos los otros problemas estarían resueltos, es así como poca la atención directa y específica que se hubiese dado a estas cuestiones. Progresivamente, los objetivos del tratamiento de estos adolescentes incluyen el cambio global del estilo de vida, desde la abstinencia de cualquier sustancia psicoactiva, desarrollo de actitudes, valores y comportamientos sociabilizantes, hasta el desarrollo de aptitudes dirigidas a una mejora de las relaciones interpersonales y de desempeño académico y vocacional.

Una de las principales tareas del tratamiento de adolescentes dependientes de drogas es ayudarlos a alcanzar la abstinencia.

Por ello, la abstinencia no es el objetivo final –que es retomada del desarrollo normal del adolescente. El logro de la abstinencia puede ser vista como una puerta o puente para la recuperación. Esto requiere que el adolescente realice una reformulación de su identidad, de alguien que precisa de alguna droga para divertirse, aliviar el desánimo o superar miedos y problemas, para una persona que consiga divertirse en la vida y superar sus dificultades sin precisar de las drogas. En muchos casos, los adolescentes encuentran la identidad que buscan en este período de la vida.

No es posible recobrar al adolescente de la abstinencia que, para él, significa abrir el sentido de la única identidad que posee al momento, sin ofrecer otra forma de identificación, dejando toda identidad. La dificultad es que esta identidad es completamente nueva. Ella no puede ser recordada, sino que debe ser construida. No se trata de rehabilitación sino más bien de habilitación.

### **Mujeres**

Historicamente, los problemas relacionados al consumo de alcohol y otras drogas son más comunes en los hombres. A partir de la 2ª Guerra Mundial, con la entrada de la mujer en el mercado del trabajo y en profesiones antes restringidas a los hombres, dentro de otros cambios, el papel social de la mujer, observamos que esa diferencia se ve disminuida, especialmente entre las más jóvenes.

Este hecho está asociado a la edad de inicio del uso de sustancias, mayor entre las mujeres. Dicho esto, entre los sexos y efectos específicos del alcohol y otras drogas, los problemas que tienen las mujeres tienen un fuerte impacto en el diagnóstico y tratamiento.

En este artículo, se abordarán las diferencias entre los sexos en lo que se refiere a los efectos de las drogas, problemas físicos y psiquiátricos asociados a su uso, así como también se revisará el significado de esas diferencias para el tratamiento.

### **Efectos del Alcohol**

Las mujeres desarrollan concentraciones sanguíneas más elevadas de alcohol, mismo cuando beben una misma cantidad, mismo llevando en cuenta diferencias de peso corporal.

Esa sensibilidad de base, en parte en mayor proporción de gordura y menor proporción de agua en el cuerpo femenino.

El alcohol ingerido y diluido en una menor proporción de agua, resulta en un aumento de concentración. Dicho esto, las mujeres exhiben menor actividad de una enzima llamada alcohol deshidrogenado en el estómago.

### **Lectura avanzada**

La fisiología femenina, una cantidad menor de alcohol es metabolizada, consecuentemente, un mayor cantidad de alcohol es absorbida por las mujeres cuando se las compara con los hombres llevando tratamiento a un aumento de concentración sanguínea de alcohol.

Las variaciones en la organización del cerebro de hombres y mujeres, particularmente la acción de sustancias llamadas neuroesteroides, también influyen las diferencias entre los sexos en relación a la respuesta del organismo al alcohol. Esta mayor vulnerabilidad explica, al menos en parte, porque la dependencia al alcohol y los problemas físicos asociados progresa más rápido en las mujeres.

### **Problemas físicos del alcohol**

La morbilidad y la mortalidad asociadas al uso de alcohol se encuentran aumentadas en las mujeres, que presentan tasas más elevadas de problemas de hígado (incluida la cirrosis) que los hombres. Es probable que las acciones de las hormonas femeninas contribuyan para empeorar el daño al hígado causado por el alcohol. Dicho esto, la presión alta, anemia, desnutrición, hemorragias, úlcera gastrointestinales, problemas cardíacos y cognitivos avanzan más rápido en mujeres lo que significa que el tratamiento debería ser instituido cuanto antes.

### **Efectos específicos del alcohol en mujeres**

El consumo abusivo de alcohol está asociado a diversos problemas de salud:

- interrupción de la menstruación,
- tensión pre menstrual,
- problemas de fertilidad,
- menopausia precoz

Durante la gestación (embarazo), el abuso de alcohol puede llevar al síndrome alcohólico fetal que se caracteriza por retraso mental grave y otros problemas congénitos, incluyendo retraso en el crecimiento, anomalías faciales y cardíacas. Una vez que la cantidad de alcohol considerada segura durante la gestación que aun no se encuentra determinada, la abstinencia es la mejor recomendación.

### **Problemas psiquiátricos del uso de alcohol**

Mujeres alcohólicas, más frecuentemente que los hombres alcohólicos tienen riesgo aumentado de presentar también algún otro problema psiquiátrico (65 contra 44%).

La identificación de la existencia o no de un cuadro de depresión es importante para el resultado del tratamiento. Sabemos que un diagnóstico de depresión entre las mujeres alcohólicas está generalmente asociado a un mejor resultado del tratamiento del alcoholismo, siendo que lo opuesto ocurre entre los hombres.

Las mujeres alcohólicas también presentan más frecuentemente trastornos alimentarios como bulimia nerviosa que las mujeres de la población general. El riesgo de desarrollar dependencia de otras drogas también se encuentra en mujeres alcohólicas, en comparación con los hombres.

### **Otras drogas**

En lo referido a otras drogas, se han realizado pocos estudios que comparan los dos sexos y es por ello que no se cuenta con datos definitivos. Hay evidencia de que drogas como la cocaína, marihuana, tranquilizantes y estimulantes tienen efectos más perjudiciales en mujeres. La mayor parte del tratamiento se desarrolló para los hombres y solamente después, se adaptaron para las mujeres. En tanto, sabemos que las mujeres tienen necesidades especiales, que se resumen en el cuadro siguiente:

### **Aspectos fundamentales del tratamiento para mujeres**

- 1.** mujeres que dependen de los químicos sufren estigmas sociales, que surgen muchas veces de la noción incorrecta de que ellas son más promiscuas y sexualmente disponibles. Este estigma hace que muchas sientan vergüenza de admitir el problema e intenten conseguir el tratamiento correcto. Dicho esto, muchos profesionales de la salud tampoco sienten la voluntad de preguntar sobre el uso de alcohol/ drogas para mujeres, lo cual retarda el diagnóstico y la adecuada recuperación.
- 2.** las mujeres enfrentan otras barreras en la búsqueda de tratamiento, tales como: no tener con quien dejar a los hijos y miedo de perder la guarda de los mismos si admitieran que tienen un problema de sustancias.
- 3.** la alta prevalencia de los trastornos psiquiátricos en mujeres dependientes de químicos exige una cuidadosa evaluación psiquiátrica. El profesional debe determinar cuál problema ocurre antes, porque un trastorno primario (más frecuente en el caso de las mujeres) difícilmente mejora solamente con la abstinencia y el uso de medicaciones específicas si fuese necesario. Dicho esto, la evaluación apropiada de las comorbilidades psiquiátricas puede evitar la prescripción inadecuada de calmantes (una práctica más común cuando el cliente es una mujer), previniendo el desarrollo de futuros cuadros de dependencia.
- 4.** una vez que los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres dependientes de químicos, se debe prestar particular atención a ese aspecto cuando se realiza la evaluación inicial del paciente.
- 5.** mujeres dependientes de químicos relatan con mayor frecuencia comportamientos sexuales de riesgo y descuido en el manejo de jeringas que los hombres. Así, una revisión completa del estado físico, con especial atención para factores de riesgo de HIV, es necesaria.
- 6.** el abuso de alcohol/ drogas puede funcionar como forma de controlar el peso de muchas mujeres. Es por eso, que la existencia de trastornos alimentarios debe investigarse, discutir tanto de la nutrición como los ejercicios físicos como formas más saludables de mantener el peso.
- 7.** el uso de alcohol/ drogas entre mujeres sufre mayor influencia de los compañeros y de la familia que los hombres. Por lo tanto, es importante preguntar sobre problemas relacionados al alcohol/ drogas en la familia del paciente. Ellas tendrán mayores chances de recaída si el ambiente familiar y/o social permanece problemático.
- 8.** es importante preguntar sobre el abuso sexual y/o físico. Mujeres que estén pasando por estos problemas precisan primero encontrar un lugar seguro para vivir o el tratamiento difícilmente será bien llevado.
- 9.** otro paso importante es promover la participación de la familia en el tratamiento, las veces que las familias están más profundamente afectadas son cuando las mujeres tienen un problema de dependencia química. Eventualmente será necesaria la terapia familiar. Dicho esto, más particularmente las solteras pueden tener dificultades en conciliar el trabajo y el cuidado de los hijos, lo que representa un desafío en su recuperación.
- 10.** el embarazo es un momento particularmente importante. En este periodo, las mujeres se encuentran más motivadas para el tratamiento, cuyas ganas se mantienen igual cuando la crianza ya nació.
- 11.** muchas mujeres hallan más fácil hablar sobre problemas sexuales y otros cuando no hay hombres en el grupo y el abandono del tratamiento parece ser menor en grupos solo de mujeres solas, basadas en el tipo de sustancias, franja etaria, educación, estado civil, dentro de otros aspectos. La idea sería ofrecer los dos tipos de tratamiento: grupo mixto y grupo solo de mujeres.
- 12.** para saber más, visitar <http://womenforsobriety.org> y <http://www.aa.org>

### **Los mayores y el alcohol**

La concientización de la relevancia de este problema es fundamental para que un número mayor de personas mayores alcohólicas sean diagnosticadas y principalmente tratadas. Los alcohólicos añosos difieren de los jóvenes en varios aspectos clínicos y, por este motivo, sus necesidades de tratamiento son evidentemente diferentes. Los mayores tienen mayor

frecuencia de dolencias físicas como la diabetes, hipertensión, cáncer, cardiopatía, problemas pulmonares, hepatopatía entre otras.

Esto comprueba la importancia de la historia y examen físico detallados, recursos de laboratorio y servicios equipados para tratar complicaciones clínicas, siendo fundamentales en cualquier programa de tratamiento de personas mayores alcohólicas.

En este sentido, los profesionales que están familiarizados con la terapia de alcoholismo y con el abordaje de pacientes añosos tienen mejores condiciones de tratar estos pacientes.

La frecuencia de depresión entre alcohólicos añosos es alta, lo cual contribuye a un diagnóstico a priori de alcoholismo, pues es un factor que puede estimular al paciente a consumir bebidas alcohólicas. Es fundamental que la depresión sea tratada adecuadamente con antidepresivos para aumentar las chances de éxito del tratamiento de alcoholismo.

Los abordajes sociales y familiares importantes en el tratamiento de estos pacientes son:

- ayudar a enfrentar situaciones de pérdida,
- mejorar el apoyo social,
- involucrar al paciente en actividades de la comunidad.

Además del abordaje socio familiar es importante la participación en grupos terapéuticos.

Los alcohólicos añosos se benefician más de grupos constituidos de personas de la misma franja etaria, que comparten las mismas dificultades sociales y que enfrentan problemas semejantes recurrentes en el envejecimiento.

Estas diferencias clínicas en relación a los alcohólicos jóvenes, ayudan a entender porque los estudios tienen mostrado que los alcohólicos añosos se benefician más de programas terapéuticos específicos destinados a las necesidades de este segmento de la población.

Entre tanto, es importante resaltar que no existe un programa terapéutico que sea adecuado para todos los pacientes alcohólicos añosos. Varios estudios han mostrado que los alcohólicos añosos constituyen un grupo de pacientes muy heterogéneo.

<b>Tipo de alcohólicos años con necesidades terapéuticas diferentes</b>	
<b>Alcohólicos añosos de inicio tardío</b>	<b>Alcohólicos añosos de inicio precoz</b>
Son aquellos que iniciaron el consumo en edades avanzadas en respuesta a eventos estresantes psicosociales. Son casos de alcoholismo de menor gravedad y que tienen mejor pronóstico. Los casos de inicio tardío se benefician del tratamiento que aborda las dificultades psicosociales relacionadas con el envejecimiento y de intervenciones que promuevan la mejoría del apoyo social y ambiental.	Se caracterizan por tener una larga historia de alcoholismo, más alteraciones psicopatológicas, historia familiar de alcoholismo más frecuente y casos de dependencia más graves. Los casos de inicio precoz requieren una terapéutica que enfoque principalmente la dependencia al alcohol.

#### **Caso de inicio tardío X Casos de inicio precoz**

Considerando la relación costo-beneficio, los casos de inicio tardío de menor gravedad, pueden beneficiarse del tratamiento ambulatorio más simple, en cuanto que los de inicio precoz, de dependencia más grave, que son los que tienen mayor probabilidad de recaída, son candidatos a abordajes más complejos con tratamientos más intensivos y de costo más elevado.

La edad avanzada frecuentemente es un factor que tiende a agravar el pronóstico de las dolencias en general. En tanto, en el caso del alcoholismo, los estudios tienen mostrado que los añosos en relación a los jóvenes adhieren más al tratamiento y presentan mejor pronóstico.

Concluyendo, es importante resaltar que la población está envejeciendo y, por tanto, la demanda de atención de los alcohólicos añosos deberá crecer mucho en los próximos años. Los profesionales de la salud deben estar preparados para diagnosticar y tratar estos pacientes. Hay necesidad de más estudios en esta área para que podamos ofrecer tratamientos más eficaces para esta población.

#### **Grupo de Ayuda Mutua**

Minnesota es uno de los estados americanos menos conocidos en Brasil. Está localizado al norte de los Estados Unidos, posee una agricultura dinámica, donde hace mucho frío y está poblado por inmigrantes del Norte de Europa. Minnesota no fue el primer lugar que tuvo un centro de tratamiento basado en los 12 pasos de la AA, pero fue de donde se desarrolló el

modelo específico, modelo que predomina en los Estados Unidos hasta hoy en día y que esta rápidamente difundiendo por otros países.

No hay una buena explicación de porque esto acontece en Minnesota y no en otras localidades más urbanas.

Cuando la organización de AA fue fundada, en 1935, se sintió la necesidad de un local para internar a los alcoholatras que estaban sufriendo y querían parar de beber.

### **Manicomios y Tratamiento de dependientes de químicos.**

En cuanto a esto, el manicomio estatal de Minnesota llamado Filmar State Hospital, un psiquiatra, juntamente con un psicólogo Dr. Daniel Anderson intentaron desarrollar un trabajo juntos para los alcoholatras que ocupaban una gran parte de las 1600 camas del hospital. Invitaban al grupo AA que colaboraba con la Hazelden de Ilhes en el manicomio y luego percibieron que, a través de las reuniones de un equipo multidisciplinar, incluyendo los miembros de la AA que actuaban como consejeros. Así fue desarrollado uno de los primeros grupos de profesionales multidisciplinarios, incluyendo dependientes en recuperación, basados en los principios de la AA.

Luego se tornó claro que el manicomio no era un lugar apropiado para el tratamiento de dependientes químicos. Una de las medidas que el grupo multidisciplinar adoptó fue la de permitir que los alcoholatras entraran y salieran del hospital libremente, generando así conflictos con la administración del mismo.

La clínica de Hazelden, que no estaba yendo bien, contrató al Dr. Dan Anderson para dar continuidad al trabajo que había comenzado en el manicomio de oncie.

Así nació el Modelo Minnesota, precursor de todos los modelos para el tratamiento de dependencias químicas, que tienen su base estructurada en los 12 pasos de AA y que hace uso de un abordaje multidisciplinar.

El Modelo Minnesota se basa en las siguientes concepciones:

- La dependencia química es una enfermedad y no un síntoma de otra patología.
- Es una enfermedad multifacética y multidisciplinar.
- El motivo inicial que lleva al alcoholismo no está relacionado con el resultado.
- Focaliza la causa que desencadena el proceso y no la predisposición para la dependencia.

El Modelo se guía por los siguientes principios:

- La meta es tratar, pero no curar. El paciente es motivado a aprender a vivir con su alcoholismo que es una condición crónica. No en buscar las causas y esperar por una cura.
- Basa su programa de tratamiento en los 12 pasos de AA especialmente en los primeros cinco.
- Recomienda la abstinencia total de sustancias psicoactivas.
- Genera un ambiente donde la comunidad terapéutica es totalmente abierta y honesta, lo que proporciona un intercambio de experiencias en todos los niveles.
- Tienen un equipo multidisciplinar que incluye un profesional denominado "consejero en alcoholismo", que puede ser un alcoholatra en recuperación.
- Presenta un programa esencialmente didáctico que es aplicable a cualquier persona, más utiliza un plan de tratamiento que es específico para cada paciente.

Puntos débiles del Modelo:

- Es complejo para describir su funcionamiento y depende mucho de las características personales de aquellos que componen el ambiente terapéutico.  
Es de difícil evaluación objetiva debido a las particularidades de cada caso. Hoy despierta polémica, habiendo quienes apoyan fanáticamente y aquellos que lo critican rigidamente.
- Debido a la complejidad metodológica, es difícil su evaluación mediante el estudio de los procesos de esa naturaleza.
- Presenta una mezcla de principios científicos con sabiduría, lo que dificulta la evaluación y descripción del proceso.
- Los papeles terapéuticos no siempre son desempeñados por profesionales de formación formal. Esto crea muchas críticas de los profesionales de clases,

especialmente entre los psiquiatras y psicólogos, además de los problemas referentes al licenciamiento y acreditación.

- Existe tanta diversidad dentro del Modelo que a veces se torna difícil determinar nitidamente lo que es y lo que no es parte del Modelo. Siendo de dominio público, no existe ninguna organización que haga ese control y la Asedien no ejerce ese papel.
- Debido a la mezcla de filosofías y profesionales, la administración de un programa dentro del Modelo se torna bastante trabajosa.
- El Modelo no es una respuesta definitiva para el tratamiento de la dependencia química. Es un modelo que no permite pronosticar con seguridad para quien va a dar resultados sin antes experimentar.

Resumen del Modelo Minnesota:

- Los profesionales de tratamiento y los pacientes colaboran en la definición del camino a la recuperación.
- El foco del tratamiento es el cambio del estilo de vida.
- El tratamiento es de largo plazo.
- El tratamiento es multidisciplinar.
- La rehabilitación depende del apoyo de sistemas naturales como la familia, amigos y grupos de ayuda mutua.

Contrastes del modelo de rehabilitación con el modelo médico tradicional donde:

- los pacientes son pasivos.
- Los medicamentos y la cirugía son los instrumentos más utilizados.
- El tratamiento focaliza en la cura.

### **Comunidad Terapéutica**

Para elaborar este texto se tornó necesario abordar los temas relacionados abajo para el fenómeno "Comunidad Terapéutica" pueda ser entendido en su totalidad.

1. Movimiento de las Comunidades Terapéuticas
2. Dependencias químicas
3. Sustancias psicoactivas
4. Comunidad terapéutica

#### **1. Movimiento de las Comunidades Terapéuticas**

En 1860 fue fundada una organización religiosa llamada Oxford. Esta organización era una crítica a la Iglesia de Inglaterra y su objetivo era el renacimiento espiritual de la humanidad. Originalmente llamada Asociación Cristiana de I Século, terminó cambiando de nombre en 1990, Moral Re-orientation. Este grupo, conocido como Grupo de Oxford, buscaba un estilo de vida más fiel a los ideales cristianos: se encontraban varias veces por semana para leer y comentar la Biblia y se comprometían recíprocamente a ser honestos.

Después de 10-15 años, constataron que un 25% de sus participantes eran alcohólicos en recuperación.

En los Estados Unidos, participantes de este grupo se reunían para compartir el empeño y esfuerzo que hacían para permanecer sobrios; de esta manera nació el primer grupo de AA (fundado en Akron – Ohio, por el cirujano Bob y el Corretor de New Cork Hill, en 1935) que con el pasar de los años se tornó en el mayor grupo de auto ayuda del mundo.

El 18 de septiembre de 1958, Check Deberich y un pequeño grupo de alcohólicos en recuperación decidieron vivir juntos para así estar en abstinencia, buscaron un estilo alternativo de vida. Fundaron en Santa Monica, en California, la primera CT (Comunidad Terapéutica) que se llamó Synanon. Adoptaron un sistema de relacionamiento orientado en un ambiente casi carismático, lo que para el grupo fue muy terapéutico.

La aplicación del concepto de ayuda a las personas en dificultades, realizada por los propios pares, era la base de relaciones vividas en Synanon, posteriormente en Daytop, donde cada persona se interesa y se siente responsable por las otras. Desde el inicio acogieron algunos jóvenes que estaban intentando estar en abstinencia de otras drogas y consecuencia de esto la CT que tuvo su inicio con una CT para alcohólicos, abrió sus puertas para jóvenes que usaban otras sustancias psicoactivas.

Este tipo de alternativa terapeutica se consolidó y dio origen a otras CTs que, conservando los conceptos basicos, perfeccionaron el modelo propuesto por Synanon.

La CT Daytop Village es el ejemplo más significativo de este tipo de abordaje. Fue fundada en 1963 por Moseñor William O'Brien y David Deitch, tornandose en un programa terapeutico muy articulado.

Con la multiplicación de las iniciativas de este tipo de abordajes terapeuticos en America del Norte, la experiencia a traveso el Océano Atlantico y dio inicio a programas terapeuticos en en Norte de Europa, principalmente en Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suecia y Alemania.

En el inicio de 1979 la experiencia llevo a Italia donde se fundo una Escuela de Formación para Educadores de CTs y los educadores que pasaron por dicha formación dieron un nuevo impulso en España, América Latina, Asia y Africa.

En el campo psiquiatrico sucedia otra revolucion: la experiencia de la comunidad terapeutica para los disturbios mentales. El psiquiatra escoces Maxwell Jones, trabajando durante el periodo de la II Guerra Mundial en el hospital Maudsley en Londres y, sucesivamente en los de Henderson y Dingleton, de 1945 a 1969, transformó el trabajo tradicional y, como terapia, utilizaba la psicoterapia individual y de grupo, eliminando al maximo, el uso de medicacion e involucrando a los pacientes en las actividades propuestas.

El ex psicoanalista americano, Hobart ° Mowrer, impresionado positivamente por la capacidad de recuperacion a traves de abordajes de CTs, comenzó a estudiar el fenómeno, su historia, los contenidos y descubrió, a traves de diferentes experiencias, puntos en comun que confirmaron algunas de sus hipótesis. A saber:

- **Compartir:** es uno de los valores fundamentales comunes. La referencia no es solamente en relacion a los bienes, sino de compartir como los miembros de un grupo.
- **Honestidad:** es otro punto fuerte que emerge del fenómeno de las CTs: "Participe en el grupo y hable sobre usted, no de politica, trabajo u otras cosas. Hable de lo que le produzca miedo y dolor" (Synanon). Es una referencia clara la necesidad del ser humano de comunicarse, sin mascarar, en relaciones humanas autenticas. Esta honestidad delante del grupo es un valor muy antiguo; aparecio en las primeras comunidades cristianas y eran llamadas confesiones abierta o auto revelaciones. Otra característica que aparece en los estudios del Dr. Mowrer es el abandono, en las relaciones terapeuticas, la posición clasica vertical medico y paciente. Las interacciones que se establecen entre las personas rompen las estructuras rigidas de la jerarquia, de cargo y ofrecen mas posibilidades de ayuda. Las funciones, flexibles, garantizan la estructura y la organizacionde la vida comunitaria. La atención es colocada sobre el individuo en el grupo o la comunidad. El es el verdadero protagonista de las acciones terpeuticas porque sabe lo que precisa, por eso, en soledad es incapaz de buscar la importancia de la auto ayuda. Cada individuo es responsable por su propio crecimiento y pide la ayuda necesaria a otros componentes para ayudarse. Siendo así, cada uno es "un terapeuta" para si mismo y para los otros componentes del grupo, de la comunidad. La jerarquia es, unicamente, funcional y no interfiere en las relaciones entre las personas.

La vida comunitaria no podría ser terapeutica si no desaparece la dualidad equipo – residente. Esto significa que en cuanto exista dentro de la misma estructura el grupo que "hace" el tratamiento y el grupo que "recibe", estamos lejos de la verdadera terapia de grupo de la CT.

El agente terapeutico no es la estructura de la CT, las reglas, los instrumentos, y todo aquello que estos instrumentos puedan hacer para que cada residente pueda vivir, experimentar una relacion verdadera y el amor entre las personas. La observación del comportamiento instrumentaliza al individuo y al grupo a valorar y evaluar los procesos y el grado de integración social alcanzados.

La observación objetiva de las acciones propicia a cada persona a responsabilizarse por la evaluacion de sus progresos, de su crecimiento y permite al grupo la posibilidad de hacer distinción entre la persona y su comportamiento.

- **Espiritualidad:** todos esos grupos son capaces de rescatar y movilizar la energia espiritual de sus componentes para que los mismos encuentren el coraje necesario para enfrenatr y bsucar los objetivos propuestos. La energia espiritual puede reintegrar a la persona consigo mismo, con el grupo, con la comunidad, con la sociedad, con un su Poder Superior. La Ct tiene la capacidad de criar un ambiente ecumenico y ofrecer los instrumentos para que el individuo tenga la oportunidad y la libertad necesaria para

procurar su propio origen y responder de manera adecuada a su propia dimension espiritual.

**Algunas consideraciones de Elena Goti (1997) sobre el abordaje de la Comunidad Terapeutica:**

- Debe ser aceptado voluntariamente;
- No se destina a todo tipo de dependientes (esto resalta la importancia fundamental del Triagem como inicio del proceso terapeutico. Muchas veces algunas CTs, a traves de sus equipos, se sienten omnipotentes y “adolecen” acreditando si el residente no quiere quedarse en la CT es porque no quiere recuperarse. No consideran que el residente tiene derecho de elegir como y donde se quiere tratar);
- Debe reproducir, lo mejor posible, la realidad exterior para facilitar la reinsercion;
- Modelo de tratamiento residencial;
- Medio alternativo estructurado;
- Actua a traves de un sistema de presiones artificialmente provocadas;
- Estimula la explicación de la patologia del residente, frente a sus pares;
- Los pares sirven de espejo de consecuencia social de sus actos;
- Hay un clima de tension afectiva;
- El residente es el principal actor de su tratamiento. El equipo ofrece, a penas, apoyo y ayuda.

Del punto de vista cultural, el fenómeno moderno de la CT esta inserto en la propuesta de la filosofía existencial que de vida y escuela de psicología denominada Humanista.

**2. Dependientes quimicos: un ser humano**

Dentro de un programa de recuperacion terapeutico – educativo es importante considerar algunos aspectos generales sobre la concepción del ser humano “dependiente quimico”.

- Por sobre todo es un ser capaz de entender, querer y decidir, mismo considerando el abismo en que se encuentra.  
Este problema se manifiesta a traves del síntoma de dependencia quimica enmascarando, en varios niveles, la perdida de autonomia y libertad personal para hacer proyectos, eleccion y tomar decisiones.
- Mismo con la dolencia manifestada manifestada conserva todas las capacidades y posibilidades de rescatar la autonomia individual, la capacidad de elegir y decidir.
- Conserva la capacidad y la posibilidad de transformar su problemática humana en un proyecto: tiene la posibilidad de proyectar inicialmente, y vivir, después, una existencia repleta de significados y valores. Puede, en cualquier momento, valorizarse a si mismo, descubrir el significado de su historia personal.
- Es un ser humano confuso y herido: está haciendo un mal a si mismo y, en este momento, es incapaz de defenderse. Por eso necesita de una ayuda externa que lo acompañe en una nueva direccion y lo sustenta con amor y profesionalismo.
- Es un ser humano solitario, fisicamente separado de otros, emocionalmente cerrado, socialmente marginalizado que no perdió la creatividad, la necesidad de “pertencer”, de hacer amistades y tener amor.
- Un ser humano capaz de confrontar, estimar, respetar, perdonar, de mostrar cualidades y de tener consciencia. Es un protagonista, comunicativo y dinamico que expresa. Cambia, crece. Se desenvuelve partiendo de si mismo en direccion a otros.
- Un ser humano hecho para vivir en grupo expresando sentimiento, hechos, acontecimientos para rescatar valores comunes y reducir las tensiones sociales.
- Un ser humano unico y personalizado en su dimension familiar y social.  
Unico porque es un ser vivo: valor maximo y trascendente a cualquier otro en su historia, que puede ser sujeto y jamas objeto, objetivo y jamas fin, instrumento y medio para conseguir algo.
- Concluyendo: es una persona capaz de renacer y proyectar la propia vida en direccion a la autonomia y libertad, a traves de un reraconamiento intenso, de su creatividad, de nuevas relaciones familiares, de su presencia activa y dinamica en su grupo social.

### 3. Sustancias psicoactivas

Conforme la definicion de la OMS son consideradas sustancias psicoactivas todas aquellas de origen natural o sintetico, incluyendo el alcohol, que una vez utilizadas, modifican las percepciones sensoriales.

No hacemos distinciones entre sustancias leves, pesadas, estimulantes, depresoras o alucigenogenas porque no consideramos el síntoma de dependencia quimica a traves de las sustancias psicoactivas utilizadas.

Esto no significa que ignoramos las sustancias quimicas y los efectos que estas causan a las personas. Cuando se hace necesario tratar la sintomatología que las drogas causan en las personas, estas deben ser encaminadas a los servicios medicos especializados.

Partimos del presupuesto que cualquier persona, si lo desea verdaderamente, puede parar de hacer uso de cualquier sustancia quimica sin que eso pueda acarrearle algun problema fisico serio. La experiencia nacional e internacional ha demostrado que los síntomas de abstinencia puede ser “represado” dentro de la CT, en la mayoria de los casos, por la alta cohesión del ambiente creado por el grupo.

Dramatizar la crisis de abstinencia, muchas veces, es un juego de las personas que quieren parar de usar drogas, por eso no estan dispuestas a luchar verdaderamente para conseguirlo. Esto refuerza el comportamiento tipico del dependiente quimico, o sea, conseguir alguna cosa sin, verdaderamente, “luchar para”, como es la dinamica que la vida impone a todos los seres humanos. La droga esconde los sentimientos de incapacidad, falencia, impotencia, etc.

#### IMPORTANTE

Para que haya un proceso de recuperacion es necesario:

- El abandono total de cualquier sustancias psicoactivas (excepciones para personas con compromisos neurologicos o disturbios psiquiatricos, mas alla del cuadro de dependencia quimica),
- Cambiar los comportamientos y;
- Cambiar el estilo de vida.

La dependencia quimica no puede ser tratada con medicacion alternativa para aliviar el sufrimiento que la propia dolencia causa porque este tipo de medicacion impide al dependiente de entrar en contacto consigo mismo, perpetuando su estado de dependencia. Ningun dependiente consigue hacer uso de sustancias psicoactivas todos los dias en la cantidad y calidad de desea; algunas veces no hace por diversos dias y no muere por crisis de abstinencia.

Sabemos que la crisis de abstinencia puede ser sentida, mas el dependiente, muchas veces, como querer impresionar para ver si consigue algun tipo de medicacion alternativa cuando no consigue obtener la dosis habitual. El dependiente no precisa de esa compasión de pena por el mal estar provocado por la crisis de abstinencia. La manipulación del dependiente intensificando los propios síntomas de la crisis es casi automatica. Por eso, cuando ellos demuestran el deseo de parar de usar y reciben la ayuda adecuada, existe una gran posibilidad de dejar las drogas. Este es el momento de ofrecernos una propuesta alternativa y un cambio de estilo de vida.

#### **Debemos evitar intervenciones confusas que puedan perjudicar al dependiente.**

En cualquier momento que el dependiente no consiga o no quiera aceptar las propuestas del programa debe tener la libertad de hacer otras elecciones (es importante hacer una ultima tentativa en el intento de ayudarlo a entender el porque de las elecciones) o ser encaminado a otras propuestas. Es importante evitarnos la confusion, pues este es el terreno predilecto del dependiente.

### 4. Comunidades Terapeuticas (CT)

El programa terapeutico – educativo, a ser desarrollado en el periodo de tratamiento de la CT, tiene como objetivo ayudar al dependiente quimico a tornarse una persona libre a traves del cambio de su estilo de vida. La propuesta de las CT debe considerar que el dependiente quimico puede desenvolverse en las diversas dimensiones de un ser humano integral a traves de una comunidad libre entre el equipo y los residentes, en una organización solidaria, democratica e igualitaria.

La CT es una ayuda eficaz para quien tiene la necesidad de liberar las propias energias vitales para poder ser un HOMBRE en su sentido pleno, adulto y autonomo, capaz de realizar un proyecto de vida constructivo, de aprender a estar bien consigo mismo y con los otros sin la "ayuda" de las sustancias psicoactivas.

Podemos utilizar la definición de CT de Maxwell Jones: "... grupo de personas que se unen con un objetivo comun y que poseen una fuerte motivación para provocar cambios". Este objetivo comun, en la mayoría de las veces, surge en un momento de crisis donde el individuo presenta una desestructuración de su vida en todas las áreas: física, mental, espiritual, social, familiar y profesional. Es en ese momento que las personas disminuyen las defensas, resistencias y demuestran mayor disponibilidad y abertura a cambios porque no tienen nada que perder. El objetivo de la CT es el crecimiento de las personas a través de un proceso individual y social; y el papel del equipo es ayudar al individuo a desarrollar su potencial.

Para que un equipo sea eficaz es muy importante acreditar, independientemente de cualquier comportamiento que el residente haya tenido, que se puede cambiar.

Si no hubiese esa credibilidad, porque algunos residentes están más comprometidos y con mayores dificultades para cambiar, existe el riesgo de "abandono" de esos residentes.

Si el equipo cree que todos pueden cambiar dedican la atención que cada uno precisa para que el cambio ocurra.

Otro aspecto importante a resaltar en relación al equipo es la transdisciplinariedad. Antes de ser, los profesionales de la CT son participantes y deben saber respetar las reglas de esta para que las relaciones ocurran en un ambiente familiar, pues en una familia las personas se relacionan como personas, no según cargos, profesiones. Este concepto relaciona los sectores y las responsabilidades son transferibles. Por ejemplo, el psicólogo puede asumir la responsabilidad de enfermero en una situación de primeros auxilios, así como, orientar al residente responsable del sector de limpieza como debe ser hecha el trabajo general de la CT. Ningún elemento del equipo queda restringido, limitado a su cargo, porque en términos de funciones existe un abanico de responsabilidades, Es evidente que esta transdisciplinariedad debe estar clara para todos los del equipo para que no ocurran "disgustos" o ingerencias en las funciones específicas de cada cargo, como por ejemplo, la atención psicológica que es responsabilidad únicamente del psicólogo.

El ambiente de la CT debe posibilitar el aprendizaje social ofreciendo la oportunidad de interactuar, escuchar, aprender, proyectar, desarrollarse y crecer de manera que, normalmente refleje la capacidad y el potencial individual y colectivo de las personas de las que son parte.

El comportamiento comienza a cambiar a través de la auto iniciativa del residente. Como vienen de una vivencia de sub-cultura (valores no aceptados por la sociedad), debemos solicitar que ejerciten y actúen con honestidad, puntualidad, solidaridad, etc., (valores aceptados por la sociedad) para que los internalice y los vivencie a través de los cambios de estilo de vida. La dinámica desde el proceso dependiente, en parte, de la organización social de la CT es parte de la motivación de las personas involucradas.

Los residentes son apoyados y atendidos por el equipo transdisciplinar. Existe una división de trabajo y una inersión real de la CT, siendo que, algunas veces, esta inversión comprende la propia supervivencia de la CT. El enfoque debe ser el proceso y, si fuese correcto, tenemos grandes chances de tener un resultado positivo como consecuencia.

El programa, para ser eficaz, debe ser abierto tanto internamente entre los miembros que hacen parte del ambiente social, cuando externamente con los debidos cuidados y respeto a las reglas fundamentales (las fronteras de la CT deben ser protegidas, mas las informaciones deben entrar y salir).

Es claro que, como dice Harold Bridges, una organización abierta esta:... "mas expuesta a las transformaciones y justamente por eso mas vulnerable. El proceso es positivo, mas presenta riesgos, pues existen personas que quieren alcanzar resultados sin tener experiencia para ello..."

En la CT debemos considerar todo lo que posibilita la creación de un ambiente terapeutico y educativo (ya que la CT es un grupo de auto ayuda permanente donde los componentes interactúan en todo momento):

- numero de residentes,

- sus experiencias,
- edad,
- clase social – económica y cultural,
- organización y reglas,
- valores,
- división del trabajo y funciones respectivas,
- administración de la autoridad,
- instrumentos terapéuticos,
- estímulos educativos,
- el número y la calificación del equipo transdisciplinar.

### **IMPORTANTE**

Las reglas fundamentales son:

- no al uso de sustancias psicoactivas.
- No a la violencia y al sexo.

Sobre la regla de renunciar, temporalmente a las relaciones sexuales es importante resaltar que la sexualidad es una energía de comunicación y la interrupción de las relaciones sexuales estimula al residente a comunicarse de otras maneras teniendo una nueva forma de aprendizaje social. Permite también desarrollar aquella parte de la afectividad que, hasta el momento, permanecían escondidas y fueron negadas debido a los preconceptos en función de experiencias personales.

Más allá de esas 3 reglas fundamentales se hacen 2 solicitudes temporarias, para crear los supuestos de trabajo personal y social sin perturbar jamás el derecho fundamental de la salud y la libertad de salir de la CT en el momento en que la persona lo desee:

- Renunciar totalmente a la libertad de moverse y salir de la CT sin, antes hablar con el grupo y el equipo transdisciplinar;
- Respetar el contrato de auto ayuda participando siempre de todas las actividades de la CT. EL individuo en un grupo o en una CT que se rehúsa a colaborar perjudica el bienestar de todos. El individuo no debe ser perjudicado en función del grupo o viceversa, pues es importante que ella aprenda a estar en una relación equilibrada.

Las reglas deben ser definidas, tanto en lo moral como en lo ético, y elaboradas de acuerdo con las necesidades de la CT. Pueden ser discutidas y alteradas, si fuese necesario, a partir de un consenso entre residentes y el equipo transdisciplinar. Es importante comprender que las reglas existen para ser respetadas y que su transgresión lleva consecuencias que deben ser asumidas.

El equipo transdisciplinar debe garantizar a todo residente el conocimiento y la comprensión de las reglas para poder exigir el cumplimiento de las mismas.

Existen cinco áreas para que alguien funcione en un determinado nivel de equilibrio. Ellas son: familia, amor, trabajo/ escuela, ley (reglas sociales) y espiritualidad.

El desequilibrio en una de esas áreas puede desencadenar en una persona algunas relaciones disfuncionales. Teniendo esto en consideración, debemos tener presente que nuestro residente, muy probablemente presente un desequilibrio en casi todas esas áreas, o qué hace para que esta persona se relacione de manera completamente disfuncional consigo mismo y con los otros.

### **PISTA:**

Para ayudarlos debemos crear en la CT un ambiente donde la persona pueda ejercer (como en una academia de gimnasia donde ejercitamos todo el cuerpo) y tener la comprensión necesaria de que la droga es apenas un síntoma de algo más profundo que precisa ser trabajado y que con certeza, está ligada a estas cinco áreas.

El proceso de recuperación está directamente interrelacionado al trabajo a desarrollarse en las cinco áreas, pues no podemos trabajar las cuestiones: familia, espiritual y trabajo/ escuela y desconsiderar las áreas de la ley y de los pares y así sucesivamente.

En el ambiente “activo” donde vivían anteriormente, no existían condiciones adecuadas para ser personas con dignidad (como podían vivir correctamente viviendo debajo de un puente,

robando, prostituyéndose, etc.). En la CT debemos ofrecer a los residentes la confidencialidad y un ambiente saludable, donde exista la seguridad física, psicológica y social, considerando que no es la estructura física la que da valores y si las personas (residentes y equipo del que forman parte).

La funcionalidad dentro de la CT (micro sociedades) debe ser muy similar a la sociedad de origen para que el individuo pueda experimentar situaciones, para que después, viva en la sociedad. El programa terapéutico – educativo debe ser subdividido jerárquicamente de acuerdo con la madurez del residente. Cada persona tiene un papel en la sociedad, por eso, es así que el individuo es aceptado como residente de la CT, pasa a tener un papel en su estructura, una identidad y comienza a familiarizarse con la jerarquía, autoridad, responsabilidad, puntualidad, etc.

A través de la interacción individual y del grupo se consigue la comprensión de la problemática del individuo, más se considera que el aprendizaje a través de la experiencia (errando, acertando y experimentando las consecuencias) corresponde a influencias más eficaces para alcanzar un cambio duradero (aprendizaje social).

Más allá de las innumerables posibilidades de aprendizaje social, la estructura de la CT debe tener una cierta movilidad para ofrecer y estimular la iniciativa del residente objetivando su crecimiento.

La conducta, o comportamiento es siempre algo objetivo, observable donde encontramos los progresos realizados por el dependiente. En la conducta encontramos los frutos y es donde se concretizan los sucesos y las dificultades del trabajo personal del residente en las áreas cognitiva, afectiva y espiritual. La solicitud gradual del cambio de la CT ayuda al residente a responsabilizarse por su propio progreso de crecimiento y participar activamente en el proceso de otros residentes y de la administración del proceso – educativo de la CT.

**Algunos ejemplos reales de la “CT saludable” y “CT doliente”:**

CT saludable	CT doliente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al dar una experiencia educativa el equipo considera al individuo que practica el acto y procura, a través de la experiencia, hacer con ella lo que refleja sobre el acto. Ejemplo: un residente que atrasa para acordar deberá, ser el “despertador” de toda la CT.</li> <li>• Siempre que sea posible las experiencias educativas son individualizadas.</li> <li>• El residente tiene la libertad para dar auto ayuda a cualquier persona del equipo. Ejemplo: fui confrontada por un residente por exceder el número de la fila del almuerzo.</li> <li>• El equipo cuando comete errores o injusticias practica el paso 9 de AA. Ejemplo de humildad concreta para los residentes. La experiencia muestra que esto hace que los residentes respeten más nuestro trabajo. Diferente de lo que piensan algunos equipos: no podemos porque sería una señal de que perdemos el respeto de todos</li> <li>• Postura del equipo con autoridad y no con autoritarismo.</li> <li>• Una residente que no sabía ni freír un huevo, al ser apoyada en laborterapia y recibir el apoyo del equipo para un aprendizaje social, no solo aprendió a hacer muy bien su trabajo en la cocina, como dejar para otras personas, un libro especial de recetas: con todas las pistas que no encontramos en los libros normales.</li> <li>• Cuando algún familiar insiste, por gratitud, a dar un presente es orientado a presentarlo a la CT y no a alguien en especial.</li> <li>• El equipo trata a los residentes de manera igualitaria sin distinción de raza, credo religioso, condición social, económica y cultural.</li> <li>• El equipo habla el mismo lenguaje y demuestra postura en armonía con los principios de la CT.</li> <li>• El equipo tiene una carga horaria compatible (40hs) así como el descanso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante un comportamiento inadecuado el residente se queda todo el día <b>enxada</b>. Muchas veces tenemos residentes que se “escoden” del trabajo y se quedan <b>enxada</b> solo para forzar este mecanismo.</li> <li>• “Por pereza” del equipo en observar quien presenta comportamiento inadecuado la experiencia educativa es colectiva. Por ejemplo, pérdida de las actividades de placer y hasta de derechos básicos como la “mezcla” de comidas.</li> <li>• Cobrar valor extra para trabajar la sexualidad de los residentes. ¿Cómo? Llevándolos a casas de prostitución.</li> <li>• El residente no tiene derecho a cuestionamientos, pues la palabra clave es aceptación. Algunos equipos “producen” situaciones para comprobar la aceptación del residente. “El animal se adiestra, el ser humano se educa”. (Paulo Freire). El equipo jamás comete errores. (Cuanta omnipotencia).</li> <li>• Posturas autoritarias del equipo (miedo de perder el control).</li> <li>• Un residente tiene una determinada habilidad y el equipo “explora” esto perjudicando el tratamiento como un todo.</li> <li>• El residente es utilizado para trabajos particulares para el equipo. (infracción al Código de Ética de la Federación Brasileña de Cts).</li> <li>• El equipo hace distinciones entre los residentes, principalmente, en cuestiones económicas. Si la familia del residente paga un valor alto, el residente tendrá “derechos” especiales (otra infracción).</li> <li>• El equipo recibe presentes de los residentes y familiares y, muchas veces, los privilegia (otra infracción al Código de Ética).</li> <li>• El equipo con personas inseguras que para demostrar poder desautorizan orientaciones dadas por otros, dejando a los residentes confusos. Personalidades por encima de los principios.</li> <li>• El equipo trabaja 21 días y descansa 7. Esto perjudica la salud mental del equipo y la relación con los residentes.</li> </ul>

Cuando se inició el trabajo en la Hacienda del Señor Jesús, nuestra CT podía ser clasificada en la columna de “CT doliente”. Solo para ampliar más un ejemplo: el equipo hacía sus refrigeraciones separadas de los residentes, tenía un menú diferente y preparado por los

propios residentes. Los residentes tenían un plato hondo y cuchara y la justificación era que si tenían tenedores y cuchillos podían agredirse.

En el periodo que era psicóloga una de las pautas en la reunión de equipo era hacer las refrigeraciones todos juntos como un gran familia y con bandejas, cubiertos y platos adecuados, servilletas. No se precisa decir que el voto fue vencido. Como esta postura no iban con los principios de la CT, solité si se podía almorzar con los residentes. Todos concordaron y la reacción de los residentes fue: “¿Qué hiciste de malo para tener el castigo de almorzar con nosotros?”

Hoy después de muchas discusiones y aciertos, estamos catalogados como CT modelo por la Federación Brasileña de CTs. Pasamos de “CT doliente” a “CT saludable” y siempre en recuperación, pues con poco se puede perder todo lo que se ha conquistado hasta ahora. Parte del equipo realmente vive los principios y esto es muy gratificante.

### **Programa de apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación**

Este programa ofrece tratamiento gratuito, con cobertura limitada, a los beneficiarios de FONASA con problemas de drogas en sus categorías de cotizantes A, B, C y D. Esta oferta está libre de copago.

Comprende cuatro modalidades diferentes de tratamiento asociadas a las características, necesidades y complejidad del problema de la persona que consulta. Estas son: ambulatorio básico, ambulatorio comunitario, intensivo, residencial, corta estadía.

Diversos centros privados y públicos con autorización sanitaria participan de este programa entregando atención especial en drogas. Esto permite a los usuarios acceder a un servicio gratuito y de calidad. El conjunto de prestaciones ofrecidas se denomina planes de tratamiento.

- **Plan de tratamiento ambulatorio básico**

Tratamiento que se ofrece a personas con abuso, consumo perjudicial o dependencia a drogas con compromiso biosicosocial moderado, es decir, personas que, por ejemplo, conservan un trabajo, viven en familia, no presentan grandes problemas asociados al consumo.

El plan ambulatorio básico cumple los objetivos de:

1. Realizar un diagnóstico clínico y una evaluación del grado de compromiso biosicosocial.
2. Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas, educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares.
3. Intervenir y acompañar en el proceso de motivación al cambio.
4. Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo.
5. Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
6. Intervenir en estrategias de prevención de recaídas.
7. Reeducación en habilidades sociales.
8. Orientar y fomentar la mejor integración social.
9. Derivar a otros establecimientos que provean planes de tratamientos más complejos, según corresponda.

El plan de tratamiento ambulatorio básico incluye un conjunto de actividades, como: consulta médica, consulta siquiátrica, consulta psicológica, psicoterapia individual y de grupo, sicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Cuando este plan se realiza en horario vespertino, incluye una colación.

**Duración:** 6 meses (estimado).

**Frecuencia asistencia:** 3 días por semana, 2 a 4 horas por día (diurno o vespertino).

El plan de tratamiento ambulatorio básico se realiza en:

1. Establecimientos de atención primaria: consultorios, centros de salud familiar, hospitales tipo 4.
2. Centros de nivel secundario a cargo de equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria en Cosam, CRS, CDT.
3. Establecimientos privados asociados a la red de salud: ONG, fundaciones, consultorios parroquiales u otros, debidamente acreditados por el Servicio de Salud de la jurisdicción correspondiente.

- **Plan de tratamiento Ambulatorio comunitario (Duración 10 meses)**

Su principal función es tratar a la población infantoadolescente en vulnerabilidad social, entendida como aquella población que se encuentra débilmente vinculada o desvinculada de los sistemas formales de educación y salud, y cuyos lazos familiares son débiles o inexistentes. El ingreso de los beneficiarios se realiza a través de equipos de programas de intervención psicosocial comunitaria (proyectos psicosociales de CONACE o SENAME, ONG que trabajan con niños y niñas de la calle, etc.) o bien, que forman parte de los programas de SENAME de reparación a víctimas de explotación sexual. Esta modalidad puede ser resolutive; en caso que no lo fuera, se debe realizar la derivación asistida pertinente a otra modalidad, que se ajuste mejor al nivel de complejidad del niño, niña o adolescente.

- **Plan de tratamiento ambulatorio intensivo**

Tratamiento destinado a personas con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biosicosocial moderado o severo, con o sin presencia de enfermedades mental o física (con pérdidas significativas personales, familiares, laborales, que le han dificultado continuar desarrollando actividades habituales y vida normal)

El plan ambulatorio intensivo cumple los siguientes objetivos:

1. Realizar un diagnóstico clínico y una evaluación del grado de compromiso biosicosocial.
2. Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas, educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares.
3. Intervenir y acompañar en el proceso de motivación al cambio.
4. Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo.
5. Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
6. Intervenir en estrategias de prevención de recaídas.
7. Reeducar en habilidades sociales.
8. Orientar y fomentar la mejor integración social.
9. Contribuir a la reestructuración del estilo de vida.
10. Dar de alta y referir a la red de atención de salud que corresponda.

El plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye el día en el centro de tratamiento, la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan durante la permanencia en el establecimiento, tales como: consultas profesionales (médicas generales, siquiátricas, psicológicas), consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual o grupal, psicodiagnóstico (incluye aplicación de exámenes psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

**Duración promedio:** 8 meses (estimado).

**Frecuencia de asistencia:** 5 días a la semana, 4 a 6 horas por día (diurno o vespertino).

Este plan se puede efectuar en:

1. Establecimientos de salud de nivel secundario (Cosam, CRS, CDT, Hospital de Día, servicios de psiquiatría).
2. Comunidades terapéuticas ambulatorias, debidamente acreditadas por el Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción.

- **Plan de tratamiento residencial comunidad terapéutica**

Esta prestación está destinada a personas con dependencia a drogas y compromiso biosicosocial severo (múltiples tratamientos previos y reincidencia, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar ni social, con trastorno oncienciar severo, además de profunda autopercepción de inoperancia e improductividad).

La persona afectada se interna en forma residencial en una comunidad terapéutica.

Objetivos:

1. Realizar un diagnóstico clínico y una evaluación del grado de compromiso biosicosocial.
2. Definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la persona afectada como a sus familiares.
3. Intervenir y acompañar en el proceso de motivación al cambio.
4. Intervenir en los factores que facilitan y mantienen el consumo.
5. Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
6. Intervenir con estrategias de prevención de recaídas.
7. Reeducar habilidades sociales.
8. Fomentar la reinserción social.
9. Reestructurar estilos de vida.
10. Realizar seguimiento post alta.
11. Dar de alta y referir a la red de atención de salud que corresponda.

El plan de tratamiento residencial incluye el día cama en la comunidad terapéutica residencial. Corresponde cobrar esta prestación cuando el beneficiario permanezca en una instancia comunitaria con alojamiento y vivienda habilitados para albergar personas con problemas de drogas y que cuenten con la debida acreditación del Servicio de Salud correspondiente a su jurisdicción.

Esta prestación incorpora un plan de seguimiento, el cual incluye visitas domiciliarias, consultas de salud mental, intervenciones grupales y familiares, por un período no menor a 3 meses.

**Duración:** 10 meses (estimado).

**Frecuencia de asistencia:** 7 días por semana, 24 horas cada día (permite permisos los fines de semana u otros similares).

- **Plan de tratamiento Corta Estadía Desintoxicación (UDX)**  
**(Duración promedio: 1 mes)**

El objetivo fundamental de la desintoxicación, es apoyar a la persona en la retirada del uso de drogas, para estabilizarla en su síndrome de abstinencia, y fortalecer la motivación al tratamiento para que éste pueda continuar en la modalidad que corresponda, según el caso. . Es una modalidad terapéutica altamente estructurada y con supervisión clínica continua, las 24 horas al día, para quienes no han logrado realizar un proceso de desintoxicación ambulatorio o cursan con una intoxicación severa. Este programa es de ejecución especializada; exige frecuente presencia de psiquiatra y de otros profesionales de salud mental de alta calificación, además de un buen soporte de técnicos entrenados. Por tratarse de niños, niñas y adolescentes, la modalidad está enmarcada en el contexto institucional de protección, contención y facilitación de su desarrollo integral. Usualmente las unidades de desintoxicación se instalan en hospitales o clínicas. Se ingresa a ellas a través de derivación o referencia de otro dispositivo de la red asistencial sanitaria o de drogas.

**Para consultar más textos de Chile, ubicarlos en la carpeta en Política de Tratamiento/ Chile/...**

1. Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social para internos con consumo problemático de sustancias psicoactivas.
2. Reinserción laboral.
3. Apresto laboral: Taller de preparación para el trabajo.
4. Libros de Tratamientos.



## **COLOMBIA**

No se logró encontrar información sobre tratamientos en la Dirección Nacional de Estupefacientes ni el Observatorio Colombiano de Drogas.

<http://www.dnecolombia.gov.co/>

<http://odc.dne.gov.co/general/home.jsp>

## ECUADOR

### TRATAMIENTO Y REHABILITACION

La problemática de la droga, se centraliza en el consumo y la adicción de una sustancia psicoactiva que genera problemas de salud, sociales, laborales, familiares, económicos, afectando al individuo y al resto de la población.

Para evitar la dependencia y el uso compulsivo de la droga, el CONSEP, a través de la Dirección de Control de la Demanda de Drogas y en el área de Tratamiento, se encarga de la política de control, supervisión, asesoramiento, capacitación y autorización de funcionamiento a las diferentes modalidades de Tratamiento que existen en el país.

A través de los Centros de Tratamiento, las Comunidades Terapéuticas, Casas de Reposo, Hospitales, Clínicas y Unidades Especiales se brinda atención clínica variada al fármaco dependiente, como una ayuda fundamental en el manejo terapéutico para su rehabilitación y posterior reinserción al medio familiar, laboral y social.

Cada seis meses se actualiza un [Directorio](#) de todas las instituciones que laboran en el área de tratamiento que se encuentran autorizadas por el CONSEP y por el Ministerio de Salud.

### FUNCIONES:

El área de tratamiento de la Secretaría Ejecutiva del CONSEP, realiza las siguientes funciones:

- Realizar exámenes psicosomáticos y coadyuvar con la administración de justicia
- Vigilar el cumplimiento de normas vigentes en la Ley 108 de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas referentes al Tratamiento y Rehabilitación de fármacodependientes.
- Ejecutar acciones para el cumplimiento de los objetivos del CONSEP, mediante planes, programas y proyectos aprobados por la secretaria Ejecutiva.
- Plantear marcos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Tratamiento y Rehabilitación.
- Asistir técnica y administrativamente en el proceso de autorización de funcionamiento y seguimiento de los Centros de Tratamiento.
- Formular Proyectos para el fortalecimiento y desarrollo de las instancias operativas públicas y privadas que trabajan en el área.
- Supervisar y asesorar para el buen funcionamiento de los centros de Tratamiento y Rehabilitación aprobados por la Secretaría Ejecutiva del CONSEP en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.
- Poner en funcionamiento y asesorar a la RED Nacional de instituciones que trabajan en Prevención y Tratamiento del fármacodependiente.
- Evaluar los procesos terapéuticos que utilizan las diferentes modalidades de Tratamiento en todo el país.

### SERVICIOS:

La Dirección de Control de la Demanda de Drogas, en el campo del tratamiento y rehabilitación, ha implementado normas y reglamentos en el proceso de autorizaciones de funcionamiento de los centros públicos y privados que brindan tratamiento a fármacodependientes.

Para estos fines se cuenta con un [instructivo de requisitos mínimos](#), para autorización de funcionamiento de las diferentes modalidades de tratamiento, como también de un Reglamento de Control y Funcionamiento para las diferentes instituciones existentes en el país, el cual fue publicado en el registro oficial No. 331 del 3 de junio de 1998.

Cada seis meses se actualiza un Directorio de todas las instituciones que laboran en el área de tratamiento que se encuentran autorizadas por el CONSEP y por el Ministerio de Salud.

## CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

<b>Resolución 004</b>	Tiempo de Duración de los permisos de Funcionamiento
<b>Resolución 005</b>	Requisitos para el funcionamiento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de oncienciar dientes
<b>Resolución 006</b>	Instructivo para el cobro de valores para autorización de Funcionamiento
<b>Resolución 007</b>	Instructivo para el cobro de valores para Capacitación
<b>Resolución 008</b>	Instructivo para el cobro de valores por Certificación de Documentos
<b>Resolución 0012</b>	Instructivo para el cobro de valores por Peritaje médico legal de los exámenes psicossomáticos

### Costo en Dólares

Area de Tratamiento y Rehabilitación

EXÁMENES PSICOSOMÁTICOS	\$ 18
<b>PERMISOS DE FUNCINAMIENTO</b>	
HOSPITALES + DE 50 CAMAS	\$ 900
DE 31 A 50 CAMAS	\$ 720
DE 21 A 30 CAMAS	\$ 540
- DE 20 CAMAS	\$ 360
CLÍNICAS + DE 50 CAMAS	\$ 720
DE 31 A 50 CAMAS	\$ 540
DE 21 A 30 CAMAS	\$ 360
- DE 20 CAMAS	\$ 180
<b>INST. DE TRAT. FÁRMACODEPENDIENTES</b>	
+ DE 50 CAMAS	\$ 540
DE 31 A 50 CAMAS	\$ 420
DE 21 A 30 CAMAS	\$ 300
- DE 20 CAMAS	\$ 180
CENTROS + DE 50 CAMAS	\$ 540
DE 31 A 50 CAMAS	\$ 420
DE 21 A 30 CAMAS	\$ 300
- DE 20 CAMAS	\$ 180
COMUN. TERAPÉUTICAS+ DE 50 CAMAS	\$ 450
DE 31 A 50 CAMAS	\$ 360
DE 21 A 30 CAMAS	\$ 180
- DE 20 CAMAS	\$ 90
FUNDACIONES + DE 50 CAMAS	\$ 450
DE 31 A 50 CAMAS	\$ 360
DE 21 A 30 CAMAS	\$ 180
- DE 20 CAMAS	\$ 90
<b>OTROS SERVICIOS – CURSOS – SEMINARIOS-</b>	

<b>CAPACITACION</b>	
A PROFESIONALES DE LOS CENTROS	\$ 25
A PERSONAL NO PROFESIONAL DE LOS CENTROS	\$ 15
A OTROS PROFESIONALES	\$ 20
A OTROS NO PROFESIONALES	\$ 15
<b>CERTIFICACIONES DE DOCUMENTOS</b>	
Personas naturales	6
Personas jurídicas	20
<b>ESPECTÁCULOS PÚBLICOS</b>	
Clase A, más de 10.000 personas	500 de acta de compromiso, más el 0,6 % del contrato
Clase B, de 2.000 a 10.000 personas	200 de acta de compromiso, más el 0,6 % del contrato
Clase C, menos de 2.000 personas	100 de acta de compromiso, más el 0,6 % del contrato
<b>SEMINARIOS, TALLERES Y OTROS EVENTOS DE CAPACITACION SOBRE PREVENCION</b>	
Clase A, eventos internacionales	120 por persona
Clase B, eventos nacionales	80 por persona
Clase C, sector comunitario	20 por persona

## PARAGUAY

### **Normas mínimas de calidad de atención al/la farmacodependiente en el sector salud y en sus ámbitos público, privado y de la sociedad civil organizada.**

Consultar el documento en pdf ubicado en Política de tratamiento/ Libro\_Normas\_Minimas Paraguay

Este Documento tiene como objetivo facilitar el acceso, con equidad y calidad en la atención, para las personas con problemas derivados del consumo y dependencia de drogas, así como a sus familias. Con la participación de todos aquellos actores y sectores interesados, tanto del ámbito gubernamental y privado, como de la sociedad civil organizada.

El crecimiento geométrico de las necesidades de atención de grupos poblacionales afectados por el consumo de drogas, oncienciar dientes y en riesgo de farmacodependencia, ha generado la aparición en las últimas décadas de diversas iniciativas de tratamiento, tanto de índole ética, como religiosa, educativa, filantrópica y de salud, los cuales han asumido roles protagónicos, en contraposición a un sector salud con marcadas limitaciones en cuanto a la prestación de servicios en este campo.

Estas iniciativas, al principio aisladas, se han venido articulando y fortaleciendo a través de la incorporación de nuevos conocimientos, revisiones, debates, en un esfuerzo por convertir el tema del consumo de sustancias psicoactivas y de su tratamiento, en parte importante de la Agenda de Estado.

La presente publicación, busca establecer Normas Mínimas de Calidad de Atención a personas con problemas derivados del consumo y dependencia de drogas y sus familias, en el Sector Salud y sus ámbitos Público, Privado y de la Sociedad Civil Organizada, con el fin de unificar criterios para la prestación y evaluación de servicios de calidad.

Las referidas Normas contemplan una solución integral del problema que abarca los aspectos colectivos e individuales del mismo, desde el diagnóstico a la reinserción del/la farmacodependiente, la incorporación de la familia, la participación comunitaria y el respeto a los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de las personas.

Este documento contiene el fruto de un intenso trabajo de equipo, es producto de un diálogo profundo y sincero entre los distintos actores participantes quienes mediante la comparación de experiencias y el desarrollo de estrategias comunes, han realizado un esfuerzo orientado a la optimización de la atención prestada en el tratamiento de las personas con problemas derivados del consumo y dependencia de drogas.

## PERU

### **Programa de Prevención al Consumo de Drogas y Rehabilitación del Drogodependiente.**

#### **Introducción**

La Gerencia de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas, de DEVIDA, desarrolla el conjunto de actividades que se implementan en el marco de la Estrategia Nacional Contra las Drogas.

En correspondencia con el rol rector de la Institución, las acciones de la Gerencia de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas priorizan el diseño y planificación de las actividades a través de la participación sinérgica de la Sociedad Civil y el Estado, fortaleciendo a través de la asistencia técnica y el monitoreo a las diferentes instituciones que desarrollan actividades en Prevención y Rehabilitación.

De esta manera se garantiza la calidad de los programas y servicios que se brindan, así como que los mismos contribuyan a los objetivos de la Estrategia Nacional Contra las Drogas. El eje de la propuesta se orienta por el enfoque integral y de desarrollo, que fortalezca al individuo y a las principales formas de organización social como son la familia y la comunidad, en la perspectiva del fortalecimiento de la institucionalidad y la elevación de la calidad de vida. Objetivo General Reducir el consumo de drogas y recuperar la salud del drogodependiente, estableciendo un Sistema de Coordinación Multisectorial a través de Redes, en el campo de la prevención y rehabilitación contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.

#### **Objetivos Específicos**

1. Promover estilos de vida saludables incompatibles con el consumo de drogas.
2. Disminuir el número de personas consumidoras y dependientes de drogas a nivel nacional
3. Retardar la edad de inicio del consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes.
4. Incrementar el conocimiento científico para fortalecer las políticas, programas y planes de prevención y rehabilitación
5. Desarrollar un Sistema de Coordinación Multisectorial.
6. Establecer un marco legal que facilite las acciones de Prevención y Rehabilitación dentro de una nueva legislación contra las drogas.

#### **Estrategia**

1. Adaptar los programas de prevención y rehabilitación a las características y necesidades específicas de la población: perfil de la población objetivo, diversidad socio cultural, perspectiva de género.
2. Establecer alianzas estratégicas con instituciones y organismos nacionales con la finalidad de promocionar una cultura de salud.
3. Fortalecer la incorporación de contenidos de prevención en la estructura curricular de los diversos niveles de educación.
4. Promover programas de atención con mayor cobertura, menor costo y probada eficacia.
5. Sensibilizar y concienciar a la población y a las instancias con capacidad de decisión, acerca de las causas y consecuencias del inicio temprano del consumo de drogas.
6. Fortalecer programas de intervención temprana.
7. Promover y ejecutar procesos de sistematización de experiencias e investigación académica en Prevención y Rehabilitación.
8. Difundir el conocimiento obtenido en estudios, investigaciones y sistematización de experiencias en el ámbito de la Prevención y Rehabilitación.
9. Conformar y fortalecer redes con participación activa de los diferentes actores sociales.
10. Promover modelos de intervención con enfoque multidisciplinario.
11. Establecer un sistema integrado de información y difusión a nivel nacional.
12. Sistematizar la normatividad vigente y coordinar con las instancias correspondientes la aplicación del marco legal.

#### **Actividades**

1. Actividades de Promoción y Prevención del Consumo de Drogas.
2. Actividades de fortalecimiento del trabajo de Tratamiento y Rehabilitación del Consumo de Drogas.

3. Actividades para la Concertación y Fortalecimiento de Redes Sociales en Reducción de la Demanda de Drogas.
4. Actividades de Formación de Recursos Humanos y Gestión del Conocimiento.
5. Actividades de Monitoreo y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos en Prevención y Rehabilitación.



## **URUGUAY**

Si bien Uruguay cuenta con un sitio en Internet con información variada, no se ha encontrado un link con información específica sobre tratamientos.

<http://www.infodrogas.gub.uy/>



## **VENEZUELA**

Si bien Venezuela cuenta con un sitio en Internet con información variada, no se ha encontrado un link con información específica sobre tratamientos, sí sobre prevención.

<http://www.conacuid.gob.ve/>

## **EUROPA**

## ALEMANIA

El sitio en Internet de Alemania ([www.ift.de](http://www.ift.de)) tiene los contenidos en alemán y es imposible por el momento traducirlos.

La información a continuación producida fue extraída del Informe producido por REITOX del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

El documento puede encontrarse en: Política Tratamiento/ Europa/ Alemania REITOX\_D2005

### Tratamientos

#### Generalidad

Las personas que desean superar los problemas de dependencias con apoyo profesional tiene un amplio rango de servicios terapéuticos para ayudarlos. Por un lado, existen ofertas de sustitución para adictos a los opiáceos con un grupo objetivo limitado que apunta a la estabilización de la condición general, y por el otro lado, tratamientos que se orientan a la abstinencia. Los dos conceptos se complementan entre sí. A largo plazo, la sustitución también apunta a la abstinencia de las drogas, cuando posible.

Las terapias orientadas a la abstinencia –de acuerdo al actual estado del conocimiento- se subdividen y estructuran en 4 fases básicas:

- Fase de contacto y motivación.  
El objetivo de esta fase es desarrollar, mantener y fortalecer la motivación para tratar la adicción. Un plan de ayuda terapéutica debería comenzar con el compromiso de counselling y diagnóstico médico, psicológico y social, así como también el desarrollo de la historia del caso. El plan debe tomar en cuenta el cuidado terapéutico y de salud disponible a nivel regional para seleccionar las medidas que mejor se adecuen al caso individual.
- Fase de renuncia, retirada.  
El objetivo de esta fase trabaja todos los aspectos posibles de la adicción en equipo de multi profesionales calificados para esta tarea. La duración de esta fase es variable y depende de circunstancias individuales, entre 2 a 6 semanas.
- Fase de rehabilitación.  
El objetivo de esta fase es estabilizar la abstinencia alcanzada en la fase de desintoxicación y poner fin a la adicción. La rehabilitación se puede llevar a cabo como ambulatoria y residencial. La duración de la terapia organizada es de 6 meses.
- Fase de integración y cuidados posteriores.  
El objetivo de esta fase es la “organización”, donde las medidas terapéuticas individuales se orientan hacia el exterior con el interés de promover la integración en la sociedad y el mundo laboral. Los clientes reciben apoyo de los departamentos de servicios especiales de agencias de trabajo así como del fondo de seguros de pensión.

#### Organización del Tratamiento.

Los tratamientos de sustitución con asistencia de la medicación alcanzan un gran número de adictos a las drogas. Existen algunas facilidades que mientras admiten pacientes para tratamientos de sustitución, la mayoría de los pacientes bajo sustitución, son tratados de manera ambulatoria por médicos generales o médicos especializados. Mientras también algunas facilidades aceptan pacientes para tratamientos de sustitución. De todas maneras, la fusión de un sistema integrado entre el sistema de cuidados de salud general de Alemania y los sistemas especiales de ayuda con las drogas, no se ha logrado. A niveles regionales, sin embargo, la cooperación y la coordinación de los dos servicios funciona claramente mejor.

Los tratamientos de sustitución médica deberían –como regla- estar acompañados por cuidados psicosociales. Las facilidades de counselling ambulatorio ofrecen contacto, motivación y cuidados ambulatorios; los tratamientos de abandono o desintoxicación se realizan principalmente en hospitales generales y también en algunas clínicas especializadas. La organización puede realizarse en departamentos especiales de hospitales, clínicas especializadas o comunidades terapéuticas.

En la fase de integración y cuidados posteriores, se ofrece una variedad de necesidades específicas de los clientes en relación a su profesión, vivienda y reintegración en la sociedad.

Todos los campos de trabajo estan completos por profesionales especializados, que en su mayoria, han realizado entrenamientos suplementarios de trabajo de campo. Todas las ofertas se orientan a estabilizar la abstinencia de las drogas.

Un estandar esencial de la terapia de la adiccion es la participaci3n de grupos de profesionales diferentes desde trabajadores sociales, pedagogos, psicologos y medicos. Para las ofertas ambulatorias, asegurar la calidad y el monitoreo tecnico son las principales manos de los organos que apoyan las facilidades y comunidades.

### Fondos y Organos de Apoyo

Existen cerca de 930 facilidades especializadas en el counselling sobre drogas que tratan pacientes principalmente por sus problemas con drogas o sustancias psicotropicas. En todo el pais, hay m1s de 2000 espacios de tratamientos disponibles para la desintoxicacion y cerca de 5200 lugares para rehabilitacion. La mayoria de las facilidades son independientes y organizaciones sin fines de lucro.

Las ayudas para abandonar y las terapias estan basadas, en su mayoria, en fondos publicos. Una porcion considerable del costo de las facilidades ambulatorias naci3 por cuerpos legales y economicos responsables. Excepto por el tratamiento terapeutico, el cuidado ambulatorio de las adicciones es, en su mayoria, apoyado economicamente por fondos voluntarios por el Laender y las comunidades. Sin embargo, las instituciones no tienen posibilidad legal de reclamar estos fondos. El seguro de pension legal es el responsable por la rehabilitacion para recuperar la capacidad de ganar dinero del cliente. Por la presente, las instituciones de seguros de pensiones deciden el tipo, extension y duracion de la terapia. Excepto por algunos casos individuales, no hay base de fondos legales para la fase de integracion y cuidados posteriores. Asi, la responsabilidad legal y economica de las facilidades deben recurrir a modelos de financiamiento individual.

La terapia de las adicciones solo deben estar proveidas por personal con habilidades adecuadas con entrenamiento suplementario en trabajo de campo. En este sentido, la Federacion de Instituciones de Seguros de Pension en Alemania ha aprobado una guia para el entrenamiento suplementario del personal de terapia para quienes trabajan con grupos y de forma individual dentro del marco de rehabilitacion medica de adiccion a las drogas.

### Sistemas de Tratamiento.

#### Perfil de los Clientes en terapias ambulatorias

La admisi3n a terapias ambulatorias fueron extrapoladas sobre la base de datos ofrecidos por 591 facilidades del total de las que reciben fondos del gobierno federal o del Land (N=931). La mayoria de las facilidades tratan clientes que tienen problemas con sustancias licitas e ilicitas.

Entre las sustancias ilicitas, los opiaceos juegan un papel predomiannte con mas de 32000 admisiones, seguidas por el cannabis con 18000 clientes. Todas las otras sustancias son menos comunes como problemas principales. El cannabis muestra el aumento m1s significativo en relacion a a1os previos. Llama la atenci3n el aumento de casos de opio que revierten las tendencias de los ultimos a1os. El aumento masivo mas significativo se encontro con el uso de multiples drogas.

#### Admisiones nuevas para terapias ambulatorias de problemas de drogas

Diagnostico principal	Sustancia	2003	2004	Cambios 2004 vs. 2003
F10	Alcohol	99.094	95.362	-4%
F11	Opioides	28.932	32.530	+12%
F12	Cannabis	14.803	18.209	+23%
F13	Sedativos/ Hipnoticos	1.477	1.550	+5%
F14	Cocaina	3.360	3.689	+10%
F15	Estimulantes	3.686	3.774	+2%
F16	Alucinogenos	199	131	-34%
F17	Tobaco	1.095	1.632	+49%

F18	Sustancias volátiles	29	39	+34%
F19	Uso multiple	950	1.479	+56%
Total adicciones		153.624	158.396	+3%
Total drogas		53.435	61.492	+15%

Fuente: DSHS (Strobl et al. 2004<sup>a</sup>, 2005<sup>a</sup>)

#### Intesidad del Cuidado – Servicios utilizados en relacion al diagnostico principal

Sustancia Principal	Informacion (hrs)	Counselling (hrs)	Derivaciones(hrs)	Apoyo (hrs)	Otra ayuda (hrs)	Acompañamiento (hrs)	Total (hrs)
Alcohol	2.1	3.9	1.4	27,5	8,7	3,5	12,5
Sustitución de sustancias	2.1	3.2	1.2	5,2	5,2	4,1	7,3
Opiaceos	1.4	3.6	1.0	12,7	3,8	6,3	7,5
Cannabis	0.9	2.3	0.9	9,6	10,5	4,6	2,9

Fuente: Schütze et al. (2004)

#### Perfil de los Clientes en terapias residenciales

El tratamiento hospitalario apunta a la desintoxicacion, tratamiento fisico y psiquiatrico y remediación de los efectos sobre intoxicaciones agudas. La rehabilitación apunta al abandono a largo plazo de la sustancia y “rganizaci” de las drogas como precondition para reestablecer la capacidad de trabajo del cliente. Generalmente se llevan a cabo de forma residencial pero, para aumentar la extensión, también se incluyen los ambulatorios.

#### Tratamientos asistidos con Medicación

##### Abandono

En el tratamiento de abandono de adiccion a los opiaceos, la metadona y la buprenorfina son, entre otros, drogas que reducen temporalmente los sintomas negativos concomitantes. Debido a los efectos secundarios minimos y los menores sintomas severos de abandono los hallazgos encontrados aumentan este uso.

##### Sustitución

Para el tratamiento de sustitucion en Alemania, la metadona y la buprenorfina estan registrados, la codeina y el DHC pueden prescribirse para estos propositos solo en casos excepcionales. El uso de la buprenorfina ha aumentado considerablemente, pero la metadona continua siendo la droga mas utilizada.

#### Seguro de Calidad

##### Guía de Tratamientos

Varias sociedades profesionales y expertos han trabajado en conjunto en los ultimos años para desarrollar una guía de tratamiento de dependencia a las drogas y problemas de adiccion. Estas publicaciones son resúmenes condensados del estado actual del conocimiento proveyendo guías practicas para llevar a cabo tratamientos. Estas guías han sido publicadas para el tratamiento de desordenes agudos relacionados a opiaceos (Reymann et al. 2003), el tratamiento post agudo de las adicciones a los opiaceos (Havemann-Reinecke et al. 2004), pacientes con desordenes relacionados al cannabis (Bonnet et al. 2004) asi como desordenes del comportamiento inducidos por cocaína, anfetaminas, extasis y alucinógenos (Thomasius &

Gouzourlis-Mayfrank 2004). Una guía sobre la adicción al alcohol está actualmente en preparación.

#### **Tratamiento para inmigrantes**

Ser parte de un grupo dificulta alcanzarlos para ayudarlos en relación a las adicciones. Los inmigrantes se encontraron como un grupo con necesidades especiales en relación al tratamiento de las adicciones. Una serie de talleres se realizaron para la ayuda de las adicciones.

#### **Calificación de los doctores**

Para garantizar la calidad del tratamiento de las medidas médicas tomadas en los tratamientos de sustitución, se decidió como parte de la regulación en la prescripción de sustancias narcóticas que los doctores necesitaban a través de una situación de entrenamiento suplementario en "tratamientos de adicciones para los cuidados médicos básicos" con el objetivo de que puedan llevar a cabo el tratamiento de sustitución ellos mismos, o en el caso de que no tuviesen la calificación suplementaria, hacerlo bajo la supervisión de un colega calificado.

La considerable declinación de violaciones a esta regulación desde 358 (Enero 2003) a 100 (noviembre 2044) ilustra el éxito de estas medidas.

## AUSTRIA

rganizació extraída del Informe REITOX del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanias del año 2005. Para consultar el texto completo entrar a: Política de Tratamiento/ Europa/ rganiza\_Report\_Austria\_2005

Austria atribuye gran importancia a la diversificación de los tratamientos disponibles. Como resultado, en la década pasada el sector residencial vió un desarrollo de tratamientos a largo a corto plazo y generalmente, a flexibilizarse en relacion a los posibles tipos de terapia, por ejemplo en la forma de sistemas modulares. Este acercamiento más flexible apunta a tomar una necesidad individual de manera más fuerte.

Las tendencias hacia la diversificación también han mostrado en el campo de los tratamientos asistidos medicamente, donde un rango mas amplio de sustancias que sustituyen han sido prescritas. En terminos cuantitativos, el tratamiento de sustitución se ha vuelto la forma mas importante de terapia en Austria.

Counselling específico de drogas, servicios de cuidado y tratamiento son provistos tanto por centros especializados y como también en el conetxtto de los sistemas de salud general (por ejemplo, hospitales spsiquiaticos, servicios psicosociales, medicos establecidos). Con objetivo general de construir una red de cuidados comprensivos, la mayoría de los centros brinda una variedad de medidas preparatorias y de cuidado posterior asi como servicios recreacionales y de reintegración. También medidas específicas para grupos específicos (por ejemplo, personas jóvenes o con comorbilidades psiquiatricas).

No se realizaron cambios relevantes en el campo del tratamiento. En Austria el tratamiento de abandono se lleva a cabo mayoritariamente en departamentos residenciales, pero cada vez más en contextos ambulatorios. En el futuro, es posible que se llegue a terapias de corto plazo de entre 2 y 6 meses. La razon para este cambio son las demandas masivas de tratamientos de abandono (con cerca de 40 pacientes en lista de espera en la actualidad) y el hecho de que la duracion del tratamiento no debiera depender de la severidad de la adiccion sino el establecimiento de objetivos. Como consecuencia, sesiones con grupos mas largos han tomado un rol importante. Ex pacientes de departamentos de terapia pueden retornar para sesiones de intervencion de crisis o para tratamientos de desintoxicacion de corto plazo en hospitales.

En el 2004, API de Viena también se concentró en el establecimiento de un sistema de tratamiento modular (API 2005) que consiste en 5 partes: ademas del counselling en drogas, preparación del abandono para pacientes residenciales, abandono y cuidados posteriores, también tratamientos de 3 meses asi como tratamientos a largo plazo de 6 a 12 meses son posibles.

En el 2004 el tiempo de espera para la admisión de tratamientos residenciales era en promedio de 142 dias en la API.

## BÉLGICA

rganizació extraída del Informe REITOX del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanias del año 2005. Para consultar el texto completo entrar a: Política de Tratamiento/ Europa/ Bélgica Nacional Report 2005

Los resultados de un estudio reciente han mostrado que el involucramiento de redes sociales durante el tratamiento es importante para la retención (Soyez, 2004).

Los menores deben beneficiarse de cuidados especiales separados de los adultos. Estos últimos años, se está prestando más atención a poblaciones específicas como hijos de alcohólicos, inmigrantes, madres o padres adictos con hijos...

También se está prestando más atención a las comorbilidades con trastornos psiquiátricos y adicciones. Nuevos proyectos piloto se especializan en los diagnósticos duales.

Un nuevo decreto legalizó los tratamientos de sustitución e introdujo la buprenorfina como sustancia de posible sustitución además de la metadona.

### Sistemas de Tratamiento

#### 2. a Disponibilidad, financiamiento y rganización

En primera instancia un número de centros especializados en el tratamiento del abuso de sustancias (ilegales) han entrado gradualmente en el llamado "acuerdo de revalidación" con el Instituto Nacional de Invalidez y Seguro de Salud y consecuentemente cae bajo la autoridad de niveles de política federal. La mayoría de estos centros están exclusivamente orientados a personas con problemas de drogas ilegales. Algunos están autorizados a aceptar personas con problemas primarios de alcohol.

En el 2005, 14 centros residenciales de tratamiento a largo plazo, 8 centros de intervención en crisis, 8 centros ambulatorios y 9 centros de cuidado médico y social han entrado en este "acuerdo".

Un segundo grupo de servicios está compuesto por hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas en hospitales generales. En general, estos centros de tratamiento no están orientados exclusivamente hacia personas con problemas de drogas ilegales; por el contrario, una variedad de problemas psiquiátricos son tratados. Sin embargo, algunos hospitales psiquiátricos o unidades psiquiátricas en hospitales generales han creado unidades especializadas en el abuso de sustancias. Todos estos centros siguen las mismas regulaciones generales de otros hospitales y por tanto, la mayoría está sujeta a legislación federal. Las comunidades tienen, sin embargo, cierta competencia en la materia (por ejemplo, seguro de calidad).

Un tercer grupo consiste en Centros de Cuidado de Salud Mental (CMHC). Así como en los hospitales psiquiátricos y en las unidades psiquiátricas de hospitales generales, un gran número de problemas psicológicos o psiquiátricos son tratados en estos centros. Algunos de estos CMHC tienen desarrollo, sin embargo, cierta especialización en el tratamiento de problemas de drogas. Las comunidades de Bélgica son responsables de los CMHC pero debido a razones históricas y pragmáticas, en la parte que habla francés de Bélgica la responsabilidad ha sido transferida a la Región Walloon.

Pese a que estos 3 grupos de centros de tratamiento pueden ser considerados como que asumen el inicio de tratamiento de usuarios de drogas. Otras facilidades de tratamiento no deberían ser ignoradas o subestimadas.

#### 3. b Circuito de cuidado, redes y coordinación del cuidado

Según la Nota de la política Federal de Drogas, 9 provincias participan en un proyecto piloto acerca de la "Implementación de coordinadores de cuidado en diálogo con plataformas de salud mental en relación al tratamiento de abusadores de sustancias". La misión de los coordinadores es mejorar el diálogo entre los diferentes servicios involucrados en los tratamientos y aumentar la participación al máximo de los diferentes actores. Más aún, han concertado acuerdos de colaboración. El cuidado personal y la continuidad en el tratamiento son los principales temas de este proyecto.

En **Flanders**, un circuito de cuidado completa la oferta de la red de cuidado, para un cierto grupo objetivo en cierta región. Tal circuito consiste en unidades de cuidado que ofrecen ciertos módulos. Estos módulos representan las rutas de cuidado necesarios para el grupo objetivo específico y garantiza la continuidad en el cuidado adaptado a las necesidades específicas del cliente. Una intervención que apunta a promover el cuidado coordinado y continuo a nivel

individual es el manejo de casos. En la Comunidad Francesa, el concepto de redes se ha introducido por decreto de la Region de Walloon.

#### **4. c Evaluacion de resultados, estadísticas, investigación y seguro de calidad**

Un nuevo estudio sobre la implementación del manejo de casos entre usuarios de drogas en tratamiento y el sistema de justicia criminal se publicó en el 2005. El objetivo de este estudio por un lado, alcanzar una conceptualización del manejo de casos, concentrándose en las diferencias ocasionales entre la operación de las personas que manejan estos casos dentro del sistema judicial criminal y aquellos conectados con el tratamiento de sustancias de abuso, y por otro lado, identificar las condiciones para la implementación del manejo de casos dentro del sistema. La investigación se centró en el manejo de casos de personas mayores de 18 años, adictos a drogas ilícitas.

El manejo de casos se aplica en el circuito de cuidado pero no aun en el judicial. Debido a la falta de suficientes números de estudios randomizados y controlados, el manejo de casos no puede, en este momento, considerarse como evidencia basada en la práctica. Los manejadores de casos necesitan ser entrenados para tener una clara idea de sus tareas. Algunas dificultades que han encontrado son:

- cuando el manejador de casos trabaja en unidades de crisis, sólo tienen un periodo corto (5 días) para hacer su trabajo, que no resulta suficiente.
- Los GP deberían ser personas claves en la red del paciente, pero parece difícil lograr involucrarlos, ya que participan de manera voluntaria en la red.
- El manejo de casos no es generalizable, los manejos de casos que son proyectos tienen una capacidad limitada: no todos los pacientes se benefician de ellos.
- Si el manejo de casos no está integrado en la red de servicios, esta intervención tiene el riesgo de ser solo una pieza fragmentada del sistema de servicios.
- El financiamiento del manejo de casos se realiza sobre base anual en una planificación de largo plazo.
- Parece que hay una falta de claridad en la duración necesaria de la intervención de los manejadores de casos.

#### **5. d Seguro de calidad y Entrenamiento**

Desde el 1º de Abril del 2004, Trampoline (una comunidad terapéutica) ha introducido el cuestionario Europ-Asi para cada cliente de la institución. Esta herramienta tiene como objetivo medir la severidad de la adicción de los nuevos clientes para seguir su evolución y evaluar los resultados del tratamiento. Este instrumento también ofrece la posibilidad de comparar resultados con otras comunidades terapéuticas en Bélgica y la Comunidad Europea. Trampoline espera que esta herramienta ayude a determinar las "Metas terapéuticas a Alcanzar".

Un nuevo decreto del Gobierno de Walloon (promulgado el 22 de Enero del 2004) especifica la lista de información, inclusive, la información epidemiológica anónima a ser colectada por los servicios de salud mental y que deben ser proveídos a la Administración de la Region de Walloon.

## **2. Tratamiento Libre de Drogas**

### **2. a Tratamientos residenciales**

Existen comunidades terapéuticas, centros especializados en crisis, unidades psiquiátricas en hospitales generales y unidades de problemas de abuso de sustancias en hospitales psiquiátricos.

### **6. b Tratamientos ambulatorios**

Parte de los tratamientos consisten en centros de tratamientos libres de drogas como los CMHC. Por otro lado, los centros de cuidados médicos-sociales que en la mayoría de ellos no se brinda tratamiento libre de drogas sino tratamientos de sustitución. Finalmente, los centros de cuidados diarios especializados en sustancias.

De todas formas, el tipo de tratamiento que se brinda siempre está diseñado a medida de las necesidades del individuo y los centros de tratamiento generalmente brindan tratamientos libre de drogas así como también de sustitución.

### **3. Tratamientos asistidos de forma medica**

#### **3. a Tratamiento de abstinencia**

El objetivo de la terapia de abstinencia (desintoxicacion) es detener el consumo de la droga adictiva lo mas rapido y seguro posible. La desintoxicacion puede involucrar la reduccion gradual de la dosis o sustituirla temporalmente con otras sustancias que tienen efectos secundarios menos severos.

Para algunas personas puede ser seguro atravesar la terapia de abstinencia en tratamientos ambulatorios y para otros puede requerir un centro de tratamiento residencial, centros especializados en crisis o unidades de adiccion en hospitales psiquiatricos u hospitales generales. La abstinencia de diferentes categorias de drogas producen diferentes efectos secundarios y requieren diferentes acercamientos.

#### **7. b Tratamiento de sustitucion**

Este tipo de tratamiento apunta a prescribir, administrar y dispensar a un paciente drogadicto drogas proveidas como medicina, con el objetivo, dentro del cuadro del tratamiento, de mejorar su salud, calidad de vida y si es posible lograr la abstinencia.

Despues de la primera ley promulgada en tratamientos de sustitucion en el 2002, un decreto real fue adoptado en el 2004. Aun el decreto debe implementarse. Tanto la metadona como la buprenorfina se mencionan en el texto. Hay consenso en la utilizacion de metadona sin embargo, aun no hay tal para la buprenorfina.

Un estudio ha concluido que el equilibrio en la práctica de los tratamientos de sustitucion en Belgica es positivo.

## DINAMARCA

### **Sistema de tratamiento**

Los centros de uso de drogas del país son, en conjunto, responsables por los tratamientos sociales y médicos relacionados a las drogas. Estos centros reciben usuarios y brindan tratamientos para todo tipo de drogas, estar en una abstinencia lenta, tratamiento ambulatorio, tratamiento de sustitución, tratamiento residencial y tanto instituciones públicas como privadas. Los tratamientos usuales son ambulatorios y si aparece la necesidad específica de cambiar de ambiente y/o trabajar más intensivamente se plantea la opción residencial. El tratamiento puede ser asistido de forma médica y siempre debe estar acompañado por counselling psicosocial basado en un plan de acción social. Las intervenciones de cuidado y sociales alcanzan a casi todos los adictos en particular tiene más espacio en los centros de “pasar y dejar”.

Como parte del tratamiento, la desintoxicación se lleva a cabo es gratuita tanto en instituciones privadas como públicas y centros de tto.

La abstinencia lenta se implementa tanto para tratamientos ambulatorios como residenciales. Los dos tipos de tratamiento se proveen después de establecer contacto con un centro de counselling que realiza una derivación para que el paciente hable con varios proveedores de tratamiento. El tratamiento ambulatorio puede, por ejemplo, ser una sesión una vez por semana durante la abstinencia lenta con sesiones de apoyo y seguimiento. A estos servicios ambulatorios puede seguirles tratamientos residenciales.

La abstinencia lenta puede también incluir servicios de tratamiento residenciales, donde el objetivo sea volverse libre de drogas. Estos institucionales pueden realizarse en instituciones privadas pero los gastos son pagados por el estado sin la derivación se realizó a través de un centro de adicción del condado.

#### **1. Tratamientos Residenciales**

Hoy día hay aproximadamente 40 instituciones residenciales. La razón por la cual no se puede dar una figura precisa es que a través del año, las instituciones abren y cierran constantemente. En el 2003, 34 de estas instituciones brindaron información de tratamiento por días de entrada por cliente, porcentajes de completamiento y un número de otras variables, incluyendo información sobre los clientes adictos como esta determinado por la EuropASI –European Addiction Severity Index-. De estas instituciones, 4 estaban financiadas públicamente, el resto eran instituciones privadas o de dueños con fideicomisos. 31 instituciones brindan tratamientos libres de drogas como servicio primario, y donde solo algunas instituciones brindan cuidado y/o estabilización (inclusive estabilización con metadona) como servicio primario.

El sistema DanRIS registra diferentes grupos admitidos para tratamiento: de donde provienen (prisión, hospital somático, hospital psiquiátrico o tratamiento de preparación), si el tratamiento es una alternativa a la sentencia de prisión, y si el cliente es una mujer embarazada.

#### **2. Tratamientos Libres de Drogas**

El tratamiento ambulatorio libre de drogas está dividido en los siguientes servicios:

- a) tratamiento ambulatorio libre de drogas que debe ser considerado como post tratamiento libre de drogas para adictos admitidos en tratamientos residenciales,
- b) tratamientos libre de drogas ambulatorios que apuntan a grupos de jóvenes, menos adictos,
- c) tratamientos libre de drogas ambulatorios locales, incluyendo una combinación de tratamiento libre de drogas ambulatorio y un esquema especial local de grupos pequeños en el mismo programa de tratamiento.

El análisis de cuantos clientes están libres de drogas después de haber completado un tratamiento libre de drogas muestra que la diferencia entre los tratamientos libres de drogas ambulatorios y residenciales es insignificante. Los efectos parecen estar más ligados a la organización del proyecto de tratamiento, integración e implementación profesional más que una pregunta de si el tratamiento fue ambulatorio o residencial.

#### **3. Tratamientos asistidos de forma médica**

En Dinamarca, el tratamiento de sustitución incluye la metadona y una extensión menor de buprenorfina. La intervención psicosocial ambulatoria es la intervención utilizada en relación al tratamiento de sustitución.

El objetivo de este tratamiento y las intervenciones psico sociales es la misma que el tratamiento libre de drogas: mejorar el nivel funcional, mejorar la calidad de vida e integracion social. En relacion al tratamiento en general, el tratamiento de sustitucion claramente apunta a la reduccion de daños.

### **El proyecto metadona**

En el presente, el estudio esta siendo conducido en Dinamarca. Intervenciones psicossociales suplementarias se distinguen a si mismas de las intervenciones estándar en las siguientes areas:

- Cada cuidador es asignado a 7-8 receptores de metadona en oposicion a los 20-40 bajo los estandares de la intervencion psicossocial. Esto deberia significar contacto más directo con los cuidadores/consejeros de lo que se ve hoy en dia.
- Cada proyecto tiene una persona contacto permanente.
- Un marco fisico (como un centro de drop-in) se agrega al proyecto, incluyendo varias facilidades recreacionales disponibles cada dia, usualmente por varias horas. Esto también es diferente de los programas de intervencion estandar.
- El folleto de metadona es mas flexible. En general el objetivo es para las dosis de metadona, metodo de administracion y folleto para ocupar el menos tiempo posible de la rutina diaria. Como resultado, algunos reciben opciones entre recibir dosis de metadona como inyeccion, tabletas o medicina. Otros lugares ofrecen a los adictos la opcion de gusrgar sus dosis para un fin de semana de más dosis.
- Mas concentrado en un plan de accion, monitoreo e involucramiento del usuario que no es lo normalmente visto, y finalmente
- Un gran nuemro de proyectos estan considerablemente mas centadros en el empleo.

Dos grupos de seguimiento fueron establecidos: a) grupos estandares de 221 recibidores de metaona, ademas de darles metadona, también se les ofrecieron sesiones con consejeros según como lo vayan solicitando (usualmente 1 o 2 veces por mes), pero sino ningun servicio del mencionado arriba y b) un grupo no estandar que consistia en 92 receptores de metadona a quienes se les ofreció inclusion en el programa comprehensivo psicossocial. Los dos grupos tienen las mismas características en casi todas las areas, incluyendo distribucion de edad y sexo, educacion, vivienda y el Indice de Severidad de Adiccion Europeo (EuropASI) con un puntaje indice de adiccion de 7 de 8. El grupo más grande tiene un factor de alcohol mas grande que el grupo estándar, no obstante en escala moderada.

Tres grupos principales de receptores de metadona se identificaron:

**Primero**, el grupo de adictos severos consistente en viejos abusadores con problemas mentales, fisicos y sociales severos, que reciben una pension de retiro temprano. El ingreso y la vivienda tienen un efecto irrelevante como parámetros en este grupo. Los problemas principales que enfrenta este grupo son problemas fisicos, mentales y sociales. Después el abuso existe, pero en escala moderada. Es un grupo con quien es difical establecer un contacto, y la primera fase se centra en establecer y mantener contacto con bases razonables.

**Segundo**, el grupo de mantenimiento con metadona consiste en persona de edad media (cerce de los 40) con más de la mitad con pension de retiro temprano. Este grupo sufre de problemas fisicos, mentales y sociales que sin ninguna duda deben relacionarse con las drogas. Esta característica los separa de los adictos severos. Este grupo es el mas facil con quien se puede mantener conatcto porque estan agotados de la "vida en la calle". De todas maneras, también es un grupo más pasivo y quizas un grupo más "institucionalizado" que el proximo grupo.

**Tercero**, los receptores de metadona más jóvenes de entre 34-36 años. La situación de vivienda de este grupo es inestable, algunos reciben beneficios de efectivo diario y otros tienen alguna conexión con el mercado laboral (aunque cambiante). Este grupo refleja el grupo mas denso de usuarios de drogas ilicitas y por ello, la tasa ams alta de crimen. Sus problemas fisicos y mentales estan relativamente limitados. Este es un grupo del cual se espera que el foco en el abuso secundario de drogas, empleo/trabajo, logro de calificaciones y reduccion de los problasm sociales pueda prevenirlos de terminar en las dos primeras categorías. Este es un grupo con quien puede resultar ervici mantener contacto porque son erviciar de motivar para el tratamiento porque pueden seguir siendo capaces de sobrellevar la "vida en la calle".

La relevancia de los efectos de los parámetros e intervenciones dependen de en cual de las tres categorías estemos trabajando. Sin duda, es posible identificar diferentes motivaciones para seguir el tratamiento en los tres grupos. Esto también debe analizarse en el proyecto. En general, hay igual destribucion de estas tres categorías de receptores de metadona en los

grupos no estandar y los estandar. Por otro lado, las fuertes variaciones internas aparecen tanto en los grupos estandares como no estandares. Los grupos no estandares consisten en cuatro proyectos separados que son diferentes. Es interesante observar que los diferentes proyectos casi automáticamente –casi intuitivamente- eligen centrarse en estrategias de intervencion que coincidan con las necesidades de los usuarios. Aquellos que trabajan primariamente con adictos severos se centran en lograr su confianza y contacto. Aquellos que trabajan primariamente con abusadores desde el grupo de mantenimiento se centran en la estabilización y habilidades sociales. Finalmente aquellos que trabajan intensamente con grupos de jóvenes usuarios de metadona se centran más en la integración y normalización.

#### **4. Intervencion para chicos y jóvenes con problemas de abuso**

En marzo de 2004, la Association of County Councils publicó un reporte con el título “El estatus de las intervenciones en niños y jóvenes con problemas de abuso”.

Este reporte mostró que los condados brindan intervencion constructivas y comprensivas en relacion con esta población. Cuando organizan su trabajo en esta área, todos los condados toman 3 grupos objetivos que describen en el reporte y se les hacen disponibles el mismo tipo de servicios con ciertas variaciones locales que reflejan las condiciones locales.

El grupo que trabaja detrás del reporte recomienda que debería haber solo 1 contacto en el sistema de tratamiento en el futuro, que los servicios que asisten a niños y jovenes deben organizarse de manera flexible y estar en contacto con genete joven, y que el existente programa ambulatorio y residencial debería ser mejor en el manejo de problemas de abuso.

Referencias en <http://www.arf.dk>

## ESPAÑA

### **Tipos de programas de atención al drogodependiente y de reducción del daño**

Son aquellos que tienen entre sus principales objetivos la corrección terapéutica específica de los problemas de drogodependencia y la minimización del daño asociado al consumo de drogas.

#### **1. Centros ambulatorios de asistencia**

Desempeñan ambulatoriamente y por lo tanto de modo no residencial, tareas entre las que se encuentran la evaluación, desintoxicación y deshabituación del drogodependiente y otras encaminadas a posibilitar su normalización e integración social. Estos recursos pueden mantener objetivos de abstinencia u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención, teniendo, en general, una configuración de los equipos profesionales de corte multidisciplinar. (en España en el 2003 había 509 centros que atendieron a 72.400 pacientes)

#### **2. Unidades de desintoxicación hospitalaria**

Se incluyen en este apartado aquellos recursos de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación en régimen de ingreso (en España en el 2003 había 52 que atendieron a 3.736 pacientes)

#### **3. Comunidades terapéuticas**

Estos centros residenciales trabajan en régimen de internamiento, ubicados en zonas rurales o bien en núcleos urbanos (en España en el 2003 había 116 que atendieron a 5573 pacientes)

### **Centros que realizan programas de Mantenimiento con Metadona**

Dicho esto, señalar que estos centros tienen como objetivo la realización de tratamientos de sustitución del síndrome de dependencia a opiáceos a través de la utilización terapéutica de clorhidrato de metadona. Esta sustancia se utiliza de acuerdo a prescripciones realizadas individualizadamente a cada persona atendida en función de la evaluación y diagnóstico multidisciplinar realizado dentro de un programa protocolizado preestablecido.

Los programas de mantenimiento con metadona, han sufrido un importante desarrollo en los últimos años habiéndose incorporado un número progresivamente mayor de personas a este tipo de programa, produciéndose paralelamente un aumento del número de centros que desde el conjunto de las CC.AA. realizan estos tratamientos (en España en el 2003 se atendieron a 88.700 pacientes en estos programas)

#### **1. Ensayos clínicos con heroína**

Se han venido realizando ensayos clínicos de dispensación de diacetilmorfina (heroína) en Cataluña y Andalucía.

En Andalucía se está realizando desde, aproximadamente, diciembre de 2002 un estudio comparativo y aleatorizado para comparar y estudiar la prescripción de agonistas opioides entre los cuales se incluye la diacetilmorfina (DAM) administrada por vía intravenosa. Se pretende la comparación de esta administración con la de la metadona por vía oral (los primeros pacientes atendidos en el hospital Virgen de las Nieves de Granada lo fueron en agosto del 2003)

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat ha iniciado dos ensayos clínicos para valorar la eficacia de la heroína oral y la morfina oral en Cataluña, dado que la Agencia Española del Medicamento autorizó al Departamento de Sanidad y Seguridad Social a iniciar dos estudios para el tratamiento con heroína y morfina a aquellos pacientes que hayan fracasado en los programas de mantenimiento con metadona. Los estudios, coordinados por la Unidad de Drogodependencias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y que se están llevando a cabo en las unidades de drogodependencias del Hospital Universitario Vall d'Hebron, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Hospital Mutua de Terrassa, permitirán valorar la eficacia de la utilización de la heroína y la morfina oral en los pacientes dependientes de heroína que hayan fracasado en el Programa de mantenimiento con metadona oral (PMM).

## 2. Programas de mantenimiento con buprenorfina

La buprenorfina es un fármaco de parecidas características que la metadona, aunque farmacológicamente es agonista antagonista. Se utiliza como tratamiento de mantenimiento para pacientes dependientes de la heroína.

En la actualidad existen dos centros en Madrid que realizan este tipo de tratamiento.

## 3. Programas de reducción del daño

Se denominan así a aquellos programas que se realizan con drogodependientes activos, esto es, que continúan consumiendo y por tanto no están abstinentes.

Se fundamentan en estrategias encaminadas a contactar y atender a una población afectada por problemas sociales y sanitarios vinculados al consumo de drogas que no acude, o no lo hace de manera regular, a los centros de tratamiento de drogodependencias.

Tienen una finalidad sociosanitaria encaminada a minimizar los daños a nivel del estado de salud (transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, de las hepatitis B y C, etc) asociados al consumo de drogas pero que también realizan intervenciones de caracteres sociales y psicológicos.

Se incluyen en estos programas:

- Los “Centros de Emergencia Social”, también llamados de encuentro y acogida, son espacios de descanso y encuentro asociables a los programas sociosanitarios. Dirigidos a los sectores más marginales, atienden a las carencias inmediatas: limpieza de la ropa, ducha, comida y bebida caliente, descanso, etc. Ofrecen información sanitaria, orientación de recursos sociales, asesoría jurídica o laboral, cura de afecciones menores o derivación sanitaria, y en ocasiones suministran preservativos o material de inyección.

- Las “Unidades Móviles” (autobuses, furgonetas, coches), pretenden actuar sobre poblaciones que no acuden a los centros de tratamiento y que tienen condiciones de muy alta marginalidad. Forman parte de las denominadas “estrategias de acercamiento” (oat reach) y está dotadas de equipos profesionales adecuados para tal fin.

5. Las “Oficinas de Farmacia” son las principales vías de distribución de jeringuillas, constituyen el primer centro sanitario con el que contacta el UDVP, son fácilmente accesibles y tienen una gran cobertura territorial. Ello unido a la condición sanitaria del personal que trabaja en ellas, sitúa a los farmacéuticos y a los auxiliares de farmacia en un lugar privilegiado para acceder a los UDVPs y participar activamente en la prevención, de enfermedades y en la promoción de la salud, contribuyendo a reducir la diseminación del VIH y otros gérmenes patógenos de transmisión sanguínea.

3 Los “programas de intercambio de jeringuillas (pijs)”. Estos programas tienen una especial importancia dentro de las estrategias encaminadas a la reducción del daño asociado al consumo de drogas por vía parenteral. Algunas de sus principales características son: Los PIJ disminuye la vida media de las jeringuillas, son efectivos para prevenir la diseminación del VIH, VHB y VHC. Y ocasionan efectos positivos en la prevención de consecuencias dañinas para la salud asociadas al uso de drogas inyectadas y no incrementan el uso de drogas.

4. Los “salas de inyección segura o de venopunción”. También en Madrid. País Vasco y Cataluña funcionan, como ya existen en Alemania, Austria, Suiza y Holanda, “salas de inyección segura o de venopunción”, las “narcosalas” como se denominan en algunos ambientes, con condiciones higiénicas y bajo control sanitario, con posibilidades de análisis cualitativos y voluntarios de la calidad de las sustancias, con pretensión de reducir los riesgos para la salud al facilitar un consumo más seguro, prevenir riesgos de contagio de VIH o de sobredosis, con mecanismos para afrontar situaciones de emergencia sanitaria y supervisión por personal sanitario. Las denominaciones que reciben los tres centros existentes de estas características son: en la Comunidad de Madrid “Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE)”, en Cataluña “dispositivo de

consumo higiénico” y en el País Vasco “Sala de Consumo supervisada de Munduko Medikak”.

### **Recursos específicos de atención para drogodependientes**

En el año 2003, y en lo que respecta a los “programas libres de drogas”, cabe destacar que se aprecia nuevamente una disminución del número de usuarios de las unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH), en las cuales han sido atendidos 3.736 pacientes frente a los 4.162 atendidos el año anterior, esto es, ha descendido aproximadamente en un 10% el número de personas que acuden a estos recursos.

Algo similar ha ocurrido en las comunidades terapéuticas (CCTT), en las cuales se ha atendido a 5.573 drogodependientes, lo cual supone un descenso del 12,5% en relación con los 6.373 usuarios de estos recursos en el año 2002

Por el contrario, el volumen de personas asistidas en los centros ambulatorios se ha incrementado, pasándose de 62.198 en el año 2002 a 72.400 en el año 2003, lo que supone un incremento del 16,4%. Así pues los centros ambulatorios continúan siendo los que atienden el mayor número de usuarios en “programas libres de drogas”.

En todo caso, el volumen global asistencial en “programas libres de drogas” se ha incrementado en su conjunto aproximadamente un 12% debido, como se ha mencionado, al aumento de pacientes atendidos en los centros ambulatorios.

Estas diferencias no afectan al número de recursos que, con mínimas variaciones, ha permanecido a lo largo de este año, estable con respecto a 2002.

Así pues, tal y como puede observarse en la Tabla 2.5, han estado en funcionamiento, en el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas, 509 centros ambulatorios, 52 unidades de desintoxicación hospitalarias y 116 comunidades terapéuticas.

Por el contrario, por primera vez se observa una ligera tendencia a la baja en el número de personas atendidas en “programas de mantenimiento con metadona”, habiéndose pasado de una cifra de 90.488 en el año 2002 a 88.700 pacientes atendidos en estos programas de tratamiento en el año 2003. También y a lo largo de este año han sido atendidos un grupo de 36 pacientes con buprenorfina en la Comunidad Autónoma de Madrid

Por último, hay que señalar que en el año 2003 se han venido desarrollando ensayos clínicos de dispensación de diacetilmorfina (heroína) en Cataluña y Andalucía.

En Andalucía se está realizando un estudio comparativo y aleatorizado para estudiar la prescripción de agonistas opioides entre los cuales se incluye la diacetilmorfina (DAM) administrada por vía intravenosa. Se pretende la comparación de esta administración con la de la metadona por vía oral. Los pacientes han sido atendidos en el hospital Virgen de las Nieves de Granada.

En el caso del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat se han iniciado dos ensayos clínicos para valorar la eficacia de la heroína oral y la morfina oral en Cataluña para aquellos pacientes que hayan fracasado en los programas de mantenimiento con metadona.

En cuanto a los recursos que han realizado “programas de reducción del daño”, han participado 26 centros de emergencia social, 47 unidades móviles, 2.296 oficinas de farmacia y otros dispositivos diversos. Así pues, en su conjunto ha aumentado este tipo de recursos.

Los “programas de intercambio de jeringuillas” han intercambiado un volumen de 5.205.784 jeringuillas y/o kits sanitarios, habiendo participado en el desarrollo de los mismos 17 centros de emergencia social, 33 unidades móviles, 1.166 oficinas de farmacia y otros dispositivos diversos.

También en tres Comunidades Autónomas están en funcionamiento “dispositivos de inyección segura o de venopunción” que, bajo control sanitario y con condiciones higiénicas adecuadas, pretenden reducir los riesgos para la salud al facilitar un consumo más seguro, y prevenir riesgos de contagio de VIH o de sobredosis con mecanismos para afrontar situaciones de emergencia sanitaria supervisados por personal sanitario.

Las denominaciones que reciben los tres centros existentes de estas características son: en la Comunidad de Madrid “Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE)”, en Cataluña

“Dispositivo de consumo higiénico” y en el País Vasco “Sala de Consumo supervisada de Munduko Medikiak”.

A lo largo de este año, el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas ha mantenido programas como los de “atención a mujeres”: 40 programas con 1.267 usuarias; “atención a menores”: 70 programas con 364 menores atendidos; “programas de atención a la patología dual”, 205 con 7.055 usuarios y “programas de atención a consumidores de psicoestimulantes”: 72 con 1.051 atendidos.

En cuanto a los “programas de asistencia al alcoholismo”, como puede observarse en la Figura 2.9, a lo largo de este año han estado en funcionamiento 357 centros ambulatorios, 47 unidades hospitalarias y 26 centros residenciales, habiendo sido atendidos un total de 44.519 pacientes.

## **FINLANDIA**

Las unidades que brindan servicios especializados incluyen clínicas ambulatorias (clínicas, centros juveniles), cuidados residenciales a corto plazo (unidades de desintoxicación), unidades de rehabilitación y servicios de soporte (centros de día y de ayuda de hogar) y actividades de ayuda con compañeros.

Además de las unidades especializadas hay cada vez más personas que se tratan dentro de servicios de cuidados sociales y de salud primarios.

El objetivo es que las personas que abusan de las drogas entren al sistema de tratamiento lo antes posible. El sistema finlandés también enfatiza que el tratamiento como tal es insuficiente porque la persona también debe ser asistida en la resolución de problemas relacionada a las sustancias, vivienda y empleo.

Tanto el tratamiento tradicional libre de drogas como el de sustitución y mantenimiento (que es nuevo en Finlandia) se utilizan actualmente.

## FRANCIA

### • Tratamiento relacionado con las drogas: contexto general

En relación al tratamiento, el objetivo de la estrategia de las autoridades es ofrecer un rango variado de tratamientos y servicios en orden de ofrecer a cada persona la respuesta más apropiada para su modo de vida y tratar de mejorar la calidad del tratamiento. Se utilizan 3 sistemas en el tratamiento de usuarios de drogas ilícitas: el sistema de tratamientos especializados en adicción (establecimientos de salud y bienestar), el sistema de práctica general (hospitales y médicos generales) y el sistema de reducción de riesgos.

#### 1. Sistema especializado

Desde el principio de los años '70, la responsabilidad de las adicciones para las drogas ilícitas han descansado en las facilidades especializadas. Estas facilidades se desarrollaron después de la adopción de la Ley de 1970, que incluía provisiones de tratamiento anónimo y garantizado, sin cargo para todos los usuarios de drogas ilegales que deseen ser tratados. Casi todos los departamentos de Francia hoy tienen centros especializados para adictos a la droga (CSST).

Estas facilidades fueron originalmente financiadas por el Estado y desde el 1º de Enero de 2003 han sido financiadas por seguros nacionales con establecimientos médicos y de bienestar. Su misión es proveer, en conjunto, tratamiento médico, social y educacional que incluye asistencia con integración o reintegración social.

Hay 3 tipos de CSST:

- Centros de tratamiento ambulatorios (201 en el 2003)
- Centros de tratamiento residenciales que brindan alojamiento grupal (42 en el 2003)
- Centros de tratamiento en prisiones (16 en el 2003)

Los CSST ambulatorios encuentran la necesidad de los pacientes que quieren abandonar mientras permanecen ambulantes. Pueden también organizar abandonos en ambientes hospitalarios y asistir pacientes que desean utilizar este método. En relación a la sustitución, desde 1993/1994 y hasta recientemente (2002), los CSST eran las únicas facilidades en cuales los pacientes pueden comenzar tratamientos con metadona. Prescripciones de este tipo pueden pasar por alto la práctica general. Los pacientes pueden también ser prescriptos con HDB por un CSST. Los pacientes pueden también pedir la facilidad para apoyo, asistencia psicoterapéutica y asistencia con reintegración social.

En Francia los "Tratamientos Libres de Drogas" no se usan realmente y parece difícil hacerlos coincidir con un tipo específico de institución o tratamiento. Pero el nuevo Plan de Cinco Años 2004-2008 recomienda el desarrollo de programas sin sustitución y particularmente comunidades terapéuticas.

#### 2. Sistema de Práctica General

El desarrollo del sistema de tratamientos especializados no satisface todas necesidades de tratamiento de los usuarios de drogas ilícitas. Durante los años '90 el acento estaba puesto en mejorar el cuidado de pacientes con problemas de adicción dentro del sistema de tratamiento de práctica general (hospitales y médicos generales).

#### 5. Los Hospitales

Dentro de los hospitales (instituciones de salud), el tratamiento de adicciones está basado en la relación y los equipos de tratamiento de adicciones, las redes del pueblo-hospital y la provisión de camas en el hospital para casos de abandono y la ejecución de evaluaciones médicas, psicológicas y de bienestar.

La relación y los equipos de tratamiento de adicciones fueron creados por la circular del 3 de Abril de 1996 y esta compuesta en principio por 3 personas, una de ellas es un médico de hospital. Su misión es entrenar y asistir a un equipo de enfermeras, diseñar protocolos de tratamiento y tratar pacientes residenciales y casos de emergencia. Estos equipos deben también desarrollar lazos con el sistema de tratamiento para habilitar el seguimiento de los pacientes a nivel médico, psicológico y de bienestar. Sus acciones dentro de la institución incluyen la prevención, información y el aumento de la concientización. En 2003 cerca de cien instituciones de la salud tenían equipos de lazos activos. Gran parte de la actividad de estos equipos está sin embargo, dedicada al problema de las adicciones al alcohol y tabaco.

Las redes del pueblo-hospital también fueron creadas en la circular del 3 de Abril de 1996. En 1998 habían 67 redes dispersas a través de todo el territorio. Están financiadas en conjunto por los créditos del seguro de enfermedad y créditos del Estado.

Finalmente, se debe notar que desde el 2002, cualquier doctor que ejerza en una institución de salud ha sido autorizado a prescribir metadona.

#### 6. Medicos Generales

Los médicos generales en Francia hoy juegan un papel central en la prescripción de tratamientos de sustitución de opiáceos. Desde 1996 se puede prescribir HDB a pacientes dependientes de opiáceos. También pueden prescribir metadona después de la iniciación de tratamiento por un CSST.

Los médicos generales también son los primeros en estar disponibles para tratar pacientes que están comenzando a usar drogas ilícitas. Las autoridades están arreglando introducir a los médicos generales en la identificación del uso y los métodos más apropiados de tratamiento.

De la información brindada por *Caisse primaire d'assurance maladie* (CPAM, Departamento de Salud) entre 13 ciudades diferentes, se ha establecido que el 35% de los médicos generales han prescrito un tratamiento de sustitución durante la segunda mitad del 2002. Pero los doctores suelen prescribir poca metadona o HDB. El promedio de "dosis estándar" para un paciente en Subutex® es de 9.6mg (la dosis máxima recomendada: 16mg/día) y 98.4mg para un paciente en metadona (la dosis máxima recomendada: 100mg/día)

### 3. **Sistema de Reducción de Riesgo**

El tratamiento basado en la sustitución de opiáceos es relativamente reciente en Francia (1996) y fue introducido para tratar con la epidemia ligada al HIV.

Gracias al desarrollo de los tratamientos de sustitución, programas de abandono de drogas se han vuelto menos frecuentes desde mediados de los años '80. En el 2002 cerca del 2,200 pacientes ambulatorios han pasado por este programa dentro de las CSST. En el 2003 hubo un estimado de 63,000 a 69,000 individuos que siguen un proceso de tratamiento, que es menos que la mitad del número evaluado de usuarios de opiáceos en Francia.

Los tratamientos de sustitución de metadona prescritos (seguidos de una etapa temprana comenzada en una institución especializada) han sido permitidos en las prácticas urbanas en 1995. El número de individuos en prescripción de metadona por los médicos generales urbanos se han estimado entre 11,200 y 16,900 de acuerdo a la información de ventas.

Sabiendo que el acceso a los tratamientos de sustitución en centros especializados es insuficiente para alcanzar los requerimientos, un tratamiento paralelo basado en HDB fue provocado en 1996. Los métodos para comenzar el tratamiento y para la prescripción eran más flexibles que aquellos para la metadona: la prescripción era autorizada por cualquier doctor, sin condiciones especiales de práctica y el máximo de prescripciones era de 28 por día, dividido cada 7 días, a menos que se explicita de otra forma. En el 2002 entre 71,800 y 84,500 individuos fueron prescritos con Subutex®. "Entre esos 52,000 la mayoría estaba bajo un proceso de tratamiento de 6 meses como mínimo; 22,000 por lo menos estaban comenzando el tratamiento o entre sustitución, y 6% (5,000 personas) estaban llevando a cabo actividades importantes de lidia" (Cadet-Taïrou *et al.*, 2004b).

En paralelo al efecto de beneficio notado desde la introducción de los tratamientos de sustitución (impacto positivo en relación a la salud y la reintegración social), consecuencias indeseables, casi exclusivamente reportadas por el HDB, también se han observado. El mal uso está relacionado al marco flexible de prescripción del producto: el mal uso involucra inyecciones de HDB, también en pacientes bajo supervisión médica, un uso que no cumple con los protocolos médicos (uso sin sustitución) y un uso de asociación con otros productos (benzodiazepinas, alcohol, etc.)

- **Sistema**

Sin información nueva disponible

- **Tratamientos libres de drogas**

Sin información nueva disponible

- **Tratamientos asistidos de forma medica (abandono, sustitución)**

**Abandonos operados en las CSST**

En el 2003 el numero de consultas o tratamientos medicos operados por pacientes en los CSST franceses esta en promedio, cerca de 17 por dia, de las cuales un poco mas son 4 consultas medicas (incluyendo las psiquiatricas), 7 tratamientos de enfermeria, 3 entrevistas socioeducacionales privadas, y un poco mas de 2 entrevistas psicoterapeuticas.

En promedio 11 individuos por facilidad han atravesado un otivación de abandono ambulatorio y cerca de 9 de ellos han a travesado el abandono con dosis decrecientes en el tratamiento de sustitución. Nunca debe considerarse que en la totalidad de los CSST, un poco mas de la mitad han declarado tratamientos de abandono sin internacion. Muchos abandonos también son realizados en hospitales, pero hasta el momento el sistema de información no ha sido capaz de contabilizarlos satisfactoriamente.

**Sustituciones**

1. CSST ambulatorios

En promedio cerca de unos 70 pacientes por facilidad han sido prescriptos con metadona por un CSST, cerca de 55 con HDB. En el 2003 un total de pacientes prescriptos con tratamientos de sustitución pueden estimarse en 27,000 (cerca de 15,000 para metadona y un poco más de 12,000 para HDB). La unica evolucion notable entre el 2002 y el 2003 se refiere a la sustitución: siguiendo un incremento regular en el promedio de pacientes que fueron prescriptos con metadona or HDB por un CSST desde 1998 en adelante, dicho promedio se ha mantenido estable en el 2003 para la metadona y disminuyó para el HDB; el año 2003 parece asi destacarse dramticamente de las tendencias previas.

2. Estudios de cohorte

*Cohorte en metadona o altas dosis de buprenorfina entre 1996 y 2001*

El objetivo de la encuesta llevada a cabo por el Centro de Adicciones-Sud en Marsella fue mostrar la evolucion de las características de los individuos tratados entre 1996 y 2001, y evaluar los perfiles de los pacientes de acuerdo al tratamiento de sustitución prescripto (los pacientes que mostraron una mayor dependencia a los opiaceos surgieron en el centro para una consulta de hospital; el individuo podia subsecuentemenete ser prescripto o no con un tratamiento de sustitución –metadona o HDB-).

Entre los 585 pacientes que atravesaron los tratamientos de sustitución entre 1996 y el 2001, el aumento inestable de condiciones de trabajo e intentos de suicidio han sido subrayados en ese periodo. Para las sobredosis y hospitalizaciones psiquiatricas han permanecido estables. El uso de sustancias y la practica también han cambiado: disminuyo la proporcion de usuarios de heroína y los inyectables, aumento el LSD, cannabis y usuarios de anfetaminas, asi como también un aumento significativo de usuarios de alcohol y pacientes en tratamiento permanente involucrando benzodiacepinaso neurolepticos. Cuando el 60% de los pacientes fue puesto bajo metadona y el 40% bajo HDB, los individuos incluidos en el protocolo de metadona eran más o menos mayores y comúnmente más infectados con HIV o HVC que los tratados por HDB.

La evaluacion medica y psiquiatrica mostró que los dos grupos eran comparables en cuanto a los intentos de suicidio e historia previa de hospitalizaciones psiquiatricas. Por otro lado, la proporcion de pacientes con historia previa de sobredosis era más alta en el grupo de metadona. A través del periodo cubierto por el estudio, el HDB parece que ha sido prescripto con una vision primaria a individuos jóvenes que no habian recurrido previamente a la metadona, mientras la metadona era mas frecuentemente concedida con una segunda vista a pacientes que ya habian tenido un acercamiento a tratamientos de sustitución o abandono, asi como aquellos que permanecian activos con las drogas con serias infecciones virales. La opcion al tratamiento de sustitución parece entonces depender de la eleccion de los pacientes y de la experiencia del medico.

3. Interrupción temprana durante el tratamiento de HDB. Identificando lo factores de riesgo.

Del seguimiento de 1,085 con tratamientos de sustitución con altas dosis de buprenorfina (HDB) prescriptos por doctores (medicos generales o de CSST) se llevo a cabo una evaluación que detecta los factores de riesgo de una irrupción temprana del tratamiento. De todos los pacientes involucrados, más de la mitad (656) han sido evaluados después de 12 meses de tratamiento.

Sus características han sido compradas con aquellos pacientes que renunciaron al tratamiento desde la primera consulta médica (91 individuos).

La edad, precariedad (medida con la vivienda y las condiciones de trabajo), la falta de apoyo social, y un acceso limitado al cuidado (sin seguro social o filiación a un seguro privado de salud, sin conocimiento previo de prescripción por un doctor) parecen asociados significativamente con la interrupción temprana. Mientras la encuesta también detecta diferentes modos de uso entre individuos que llevan a cabo su tratamiento y aquellos que han renunciado desde la primera consulta (como altas dosis de cocaína, crack, anfetaminas y alucinógenos pero menores niveles de inyección intravenosa: 31% versus 41.6%) tales especificaciones están conectadas obviamente con un efecto generacional más que las prácticas discriminadas.

## GRECIA

### Generalidades

Una variedad amplia de opciones de tratamientos están disponibles en Grecia, bajo el auspicio de entidades públicas o cuerpos corporativos bajo la ley privada. Los programas de tratamientos oficiales reconocidos que operan en el país llegan a 51 y brindan diferentes tipos de servicios de tratamiento.

Los servicios son sin fines de lucro y están total o parcialmente subsidiados por el gobierno, excepto por uno que está totalmente financiado por autoridades locales. En general, los objetivos principales de unidades de tratamiento libres de drogas incluyen la total abstinencia a drogas ilegales, mejoría de habilidades personales y sociales, salud, relaciones familiares y sociales, disminución del comportamiento desviado e integración vocacional. Para las unidades de tratamiento de sustitución, los objetivos generales incluyen la minimización de los riesgos relacionados a las drogas, no solo para los usuarios de drogas sino también para la comunidad, y una desintoxicación gradual de todas las drogas incluidas las que se utilizan para el tratamiento de sustitución.

La mayoría de los pacientes residenciales y ambulatorios con programas de tratamiento libre de drogas siguen un procedimiento terapéutico multietápico que consiste en counselling, tratamiento, rehabilitación y servicios familiares, así como también casas y hostales a mitad de camino. En las unidades de sustitución, se sigue con un programa de trabajo no residencial adaptado a las necesidades de los individuos en tratamiento, especialmente para aquellos que trabajan. Los servicios ofrecidos incluyen psicoterapia, cuidado médico, educación, entrenamiento vocacional, ayuda de vivienda y observación postcuidado.

### Sistemas de Tratamiento

En años recientes un gran número de programas nuevos representando cada tipo principal de tratamiento han sido desarrollados (por ejemplo, programas residenciales libres de drogas, programas para adolescentes, programas de sustitución) para facilitar a los usuarios dependientes el acceso al tratamiento.

Más allá de la estructura del tratamiento desarrollada en el 2004 que se presentó en el Reporte Nacional 2004 – Punto Focal Reintox, las nuevas estructuras de tratamiento que se volvieron operacionales en los últimos 12 meses (hasta Septiembre del 2005) son:

Para alcanzar la demanda creciente de estos servicios, la multifase 18 AÑO Unidad de Dependencia al Drogas y Alcohol (Hospital psiquiátrico del Estado de Attica) desarrolló 2 estructuras residenciales para la principal fase del tratamiento en Atenas con una capacidad de 15 cada una.

Para brindar apoyo psicológico a los individuos dependientes de los grupos sociales vulnerables, como los griegos repatriados, refugiados e inmigrantes, KETHEA estableció el Centro Transicional MOSAIC en Atenas. El programa brinda servicios de cuidados para la salud, motivación, fortalecimiento personal, tratamiento de dependencias y activación social. Lo que es especial son los acercamientos cross culturales adoptados.

En el 2004 la tendencia hacia el desarrollo de servicios de tratamiento a las drogas para adolescentes y jóvenes usuarios de drogas fue observada durante el año anterior. En este contexto KETHEA comenzó a operar un Centro de Counselling para Adolescentes en Heraklion, Creta con una capacidad estimada de 30.

Para los servicios de tratamiento de sustitución, en el 2004 el establecimiento sistemático de nuevos programas, que tuvo principalmente el resultado de la cooperación de OKANA con el Sistema de Salud Nacional (NHS) continuó: 4 unidades de sustitución nuevas comenzaron a operar al principio del 2004 en Thessaloniki, Chania, Chalkida y Peristeri, Atenas. La expansión de los tratamientos de sustitución comenzó a finales del 2002, cuando hubo un aumento agudo en el número de unidades de sustitución. Al mismo tiempo, para asegurar las condiciones para el desarrollo completo y las operaciones de las estructuras existentes, se puso el énfasis en el fortalecimiento de recursos humanos de las unidades de sustitución.

Además, unidades de sustitución de buprenorfina fueron lanzadas por OKANA: una en Atenas y otra en Thessaloniki con una capacidad estimada de 100 y 200 respectivamente.

### Información general y consideraciones metodológicas

Información en relación a grupos objetivo, metas, metodologías y contextos permanecen igual a las proveídas en detalle en los Reportes anuales previos enviados al Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Por esta razón, el foco de la información presentada en este reporte

es sobre información cuantitativa en relación a los distintos tipos de programas terapéuticos, en vista de proveer una visión general de la situación de las drogas en relación a los programas de tratamiento. En este tema, existen algunos resultados de indicadores de proceso (por ejemplo, listas de espera, tasas de completación, etc) para los principales tipos de tratamiento en Grecia provisto por un cuestionario especial (Treatment Unit Form/TUF A). La información recolectada ha sido controlada para asegurar coherencia interna así como consistencia a lo largo del tiempo. La información refleja los programas de tratamiento que brindan los tratamientos principales (por ejemplo, comunidades terapéuticas) durante el año, en términos de su fase principal de tratamiento (en el caso de programas multifase, counselling y reintegración social no están incluidos). Así el análisis se refiere a 40 de los 48 programas de tratamiento que operaban al final del 2004. Los 8 programas libres de drogas que fueron excluidos del análisis (3 programas ambulatorios para adultos y 5 para adolescentes) brindan principalmente counselling. Sin embargo, los resultados operacionales de los centros mencionados para adolescentes están presentados en una sección separada: 2.2 Otras intervenciones libres de drogas.

### **Tratamientos Libres de Drogas**

#### **Tratamientos ambulatorios y residenciales**

##### ***Capacidad, Lista de espera y movilidad de pacientes***

Los 25 programas de tratamiento libres de drogas que brindaron los principales tratamientos en el 2004 están divididos en los siguientes tipos: -9 programas residenciales para adultos y 16 programas ambulatorios (9 para adultos y 7 para adolescentes).

La capacidad total de programas de tratamiento libres de drogas es de 1,119. Los programas ambulatorios son los espacios más disponibles (68.5%) en comparación con los residenciales.

programas (1 residencial y 3 ambulatorios para adultos) reportaron lista de espera para admisiones a diferentes fases del proceso de tratamiento (preadmisión, desintoxicación y tratamiento principal). Los clientes en lista de espera suman 72.

Más aun, usualmente los programas libres de drogas (que tienen mucha lista de espera), tienden a ajustar sus servicios para poder satisfacer las necesidades del usuario dependiente buscando ayuda y apoyo hasta que son admitidos a la fase apropiada del tratamiento.

##### *Tendencias: 2003-2004*

- En el 2004 hubo un incremento del 9.3% en la capacidad de los programas de tratamiento libre de drogas como resultado del aumento del número de programas.
- Por otro lado, hubo una ligera disminución del promedio de potencia/ rendimiento (mean power) del 3% y disminución del número total de usuarios dependientes que se atendieron en programas libres de drogas (1967 clientes en el 2003 y 1824 en el 2004).
- Finalmente, el total de admisiones fueron más o menos iguales que en el 2003 (1284 clientes), a pesar de que varios de los programas que enviaron información el año pasado fueron menos.

##### *Personal*

El total de personal empleado en las unidades de tratamiento libre de drogas en el 2004 son 369. Como en años anteriores, la mayor parte del personal trabaja en unidades residenciales (52.8%), seguidos por los programas ambulatorios para adultos (25.5%) y para adolescentes (21.7%). En cuanto a la especialización, la mayoría de los salarios son terapeutas o entrenadores (26.8%) y hay un número grande de psicólogos (18.2%) y personal administrativo o de mantenimiento (17.1%). Otras especialidades empleadas en los programas libres de drogas incluyen enfermeras (11.7%), trabajadores sociales (5.4%), científicos sociales (5.1%) y psiquiatras (3.8%).

##### *Garantía o Seguro de Calidad*

Aun no se ha implementado en el país un esquema homogéneo de evaluación a nivel nacional. Cada agencia terapéutica especializada ha desarrollado sus propios principios y estándares para asegurar y mejorar la calidad de sus servicios. Esto se debe al hecho de que los programas de tratamiento difieren sustancialmente en términos de filosofía, principios teóricos, métodos terapéuticos y marco organizacional. De acuerdo a la información del 2004, la mayoría de los programas libres de drogas (84%) reportaron haber realizado una evaluación de sus procedimientos terapéuticos y/o resultados de tratamiento.

En el campo del entrenamiento, pese a que no haya requerimiento formales o uniformes para los profesionales, todas las agencias de tratamiento de drogas ponen énfasis en el entrenamiento continuo del personal para mejorar los servicios. Dentro de este contexto todos los programas libres de drogas organizan seminarios de entrenamiento dentro de la institución y arreglan que parte del personal concorra a seminarios formales y cursos realizados por otras organizaciones. Mas aun, la NGO KETHEA tiene cooperación con el ICRC (Internacional Certification & Reciprocity Consortium for Alcohol and Other Drugs) para la certificación de profesionales que trabajan en el campo de las adicciones a las drogas y en brindar servicios de calidad a los clientes y sus familias.

#### *Estadísticas y Resultados de tratamientos*

Del total de clientes que asistieron a programas de tratamiento libres de drogas en el 2004 (información de 23 de los 25 programas), el 40.1% continuaba en tratamiento al final del año. Debido al tiempo de admisión al programa y la duración estimada del tratamiento, el proceso de tratamiento continuaba en progreso en esos casos.

La modalidad de salida de los pacientes que asistieron a programas de tratamiento libres de drogas fueron las siguientes:

- El modo motivación de salida de programas residenciales es el abandono que aporta casi la mitad de las salidas de este tipo de tratamiento. Esto puede estar relacionado a las altas demandas que se ponen en el cliente. Por otro lado, la compleción del tratamiento también es un importante modo de salida (36.5%). Una población menor de clientes son dados de alta prematuramente (9.2%)
- El modo de salida de programas ambulatorios es la compleción del tratamiento (43.4%). Un número parecido abandona el tratamiento (40.3%) y un grupo pequeño es dado de alta prematuramente (10.2%)
- En los programas ambulatorios para adolescentes, la mitad sale del tratamiento por abandono (55.4%). Esto puede estar explicado por el grupo joven de esta población y parte por la falta de reconocimiento del uso de drogas como un problema.

Cerca de 1 de cada 4 adolescentes deja el programa habiendo completado el tratamiento. En cuanto a las razones del alta prematura hay pequeñas diferencias en las razones principales de entre los tres tipos de tratamiento:

- La principal razón para el alta prematura de programas de tratamiento residenciales incluyen el uso de sustancias ilícitas (27.3%), comportamiento violento (21.9%) y romper las reglas impuestas por el contrato terapéutico o la filosofía de la unidad (21.8%)
- La principal razón para el alta prematura de programas residenciales para adultos incluye el uso de sustancias ilícitas (62.5%), comportamiento violento (16.7%) y no asistir a sesiones terapéuticas (12.5%)
- En cuanto a los programas ambulatorios para adolescentes, la razón principal para el alta prematura incluye no asistir a sesiones terapéuticas (41.2%), el uso de sustancias ilícitas (23.5%) y violación de las reglas de las unidades y regulaciones (17.6%)

#### **Otras intervenciones libres de drogas**

##### ***Unidades de Intervención Temprana para Adolescentes***

La misión de estas unidades ambulatorias para adolescentes es realizar intervenciones tempranas en adolescentes y jóvenes usuarios de drogas para prevenir el establecimiento de la dependencia. El uso experimental de drogas durante la adolescencia o un uso regular no necesariamente supone la dependencia a las drogas. Al mismo tiempo, hay conocimiento acerca de que es difícil motivar a los adolescentes para que reconozcan el problema y contacten programas de tratamiento y esto lleva a una atención limitada de nuevos programas. Por esta razón, un número de programas para este grupo de edad de han introducido en los últimos años (desde el 2002) que brindan servicios especializados en drogas para el tiempo que se está en counselling, mientras se intenta motivar a los adolescentes usuarios a asistir y permanecer en el programa.

Los tratamientos en cuestión son 5 con una capacidad total de 155. En el 2004 asistieron 158 jóvenes usuarios de drogas. En cuanto al resultado, el 84.2% de los clientes que asistieron al programa lo abandonó.

### **Programa de Apoyo Abierto Psicosocial**

Este es un proyecto de investigación llevado a cabo por el Departamento de Psicología de la Universidad de Aristotle de Thessaloniki con fondos de OKANA. La misión es brindar apoyo a las personas que están enfrentando dependencia a las drogas o el alcohol. Se concentra en la promoción de la autoayuda para sobrellevar la dependencia.

El programa también brinda asistencia a usuarios de drogas en asuntos médicos, legales, educacionales y de empleo. También brinda entrenamiento y seminarios en eventos relacionados con temas políticos, sociales y ambientales.

## **3. Tratamientos Asistidos con Medicamentos**

### **3.1. Tratamiento de Abandono**

Pese a que la fase de abandono se asiste con algún tipo de programas de tratamiento libre de drogas, hay una sola clínica especializada en Grecia, dirigida por la Unidad de Rehabilitación para individuos adictos a sustancias tóxicas del Hospital Psiquiátrico del Estado Thessaloniki. Esta Unidad de Desintoxicación (DETOX) brinda asistencia médica para sobrellevar los síntomas de abstinencia, aumento de la conciencia, admisión a psicoterapia y prevención de las recaídas. La unidad tiene capacidad para 15 y la duración programada de la estancia es de 21 días.

En cuanto a la operación REITOX se admitieron 270 clientes durante el año 2004.

45.2% completaron el programa de desintoxicación y todos recibieron motivación en el marco de programas de tratamiento. La media reportada durante la hospitalización fue aproximadamente de 14 días.

### **Tratamientos de Sustitución**

#### **Administración de Sustancias de Sustitución**

En el 2004, un total de 15 programas brindaron tratamientos de sustitución. 7 brindan tratamientos de sustitución con metadona y las 8 restantes, buprenorfina.

#### *Capacidad y movilidad de los pacientes*

La capacidad total de los programas de sustitución es de 2804.

El número total de clientes que asistieron a programas de sustitución en el 2004 llegaron a 3336. En el 2004 un total de 1500 clientes fueron admitidos a tratamientos de sustitución, de los cuales el 57.3% recibieron metadona y el 42.7%, buprenorfina. El 92.3% de las admisiones totales en el 2004 fueron clientes nuevos para una unidad particular y esto se debe en su mayoría, a que muchas estructuras comenzaron a operar recientemente.

Las readmisiones fueron bajas (1.9%)

#### *Tendencias 2003-2004 y Lista de Espera*

- En el 2004 aumentó la capacidad en un 30% como resultado de un gran número de estructuras nuevas que comenzaron a operar.
- El número total de clientes asistidos por las unidades de sustitución aumentaron un 45.5%.

Pese al incremento de los programas de sustitución disponibles, la demanda creciente perpetúa las listas de espera que resulta un problema para los programas de todo tipo.

De acuerdo a información reciente de OKANA (mayo 2005) el número total de usuarios en lista de espera para ser admitidos a programas de sustitución alcanza los 3154. De esos, 2589 clientes están en espera para ser admitidos a las unidades de sustitución en Atenas y Piraeus y 565 a unidades de sustitución en Thessaloniki.

Cada unidad de sustitución con buprenorfina tiene su propia lista de espera (excepto por la Clínica de Apoyo para Adicción a las Drogas en Peristeri, que admite pacientes de la lista de espera de OKANA de la región de Atenas y Piraeus. Un total de 553 clientes están esperando ser admitidos a 7 programas de sustitución con buprenorfina.

#### *Personal*

El número de profesionales que trabajan en programas de sustitución en el 2004 fue de 302. Comparado con el año pasado ha habido un aumento del 30.5% de personal en los programas de metadona y 158.8% en buprenorfina. Esto se debe, en parte, por el establecimiento de 4 unidades nuevas de sustitución en el 2004 y también por la intensificación del esfuerzo de poner en lugar la infraestructura necesaria en las unidades establecidas en años anteriores.

En terminos de especializacion del personal, el personal de estas unidades consiste principalmente en enfermeras (26.2%) y personal administrativo o trabajadores de mantenimiento (21.5%). Ademas este tipo de programa tiene psicologos (13.6%), trabajadores sociales (12.3%) y psiquiatras (10.9%).

#### *Seguro de Calidad*

Todas las unidades de tratamiento de sustitución brindan alguna forma de entrenamiento al personal para mejorar los servicios que brindan. De acuerdo a información del 2004, el 86.7% de los programas implementaron seminarios o cursos formales por otra institución para parte del personal, el 73.3% organizó seminarios de entrenamiento dentro de la propia institución y el 40% operaron bajo supervisión por expertos.

En terminos de evaluacion, el 20% de las unidades de tratamiento por sustitución reportaron haber realizado recientemente una evaluacion de sus programas.

#### *Estadísticas y Resultados del Tratamiento*

Gran proporción de pacientes (77.5%) seguian en tratamiento al final del 2004.

El principal modo de salida de la unidad de tratamiento es derivar a otras unidades o servicios (43.4%) dependiendo de la necesidad y capacidad de cada usuario. Este fenómeno se debe a la existencia de unidades orientadas al mantenimiento.

El numero de abandono es 15.4% y de completamiento del tratamiento, 15.1%. El porcentaje de completamiento del tratamiento aumento en comparación con el año 2003 (12.4%). Es interesante notar que declino el alta prematura en comparación con el año 2003 (31.5% en el 2002, 21.3% en el 2003 y 14.3% en el 2004). Esto parece reflejar el acercamiento adoptado en años recientes, donde se pone esfuerzo en tratar de retener antes que dar de alta pacientes con recaídas exitosas.

En los programas con buprenorfina el modo principal de salida es el abandono (42.7%). Mas aun, una porcion considerable de pacientes (27%) son dados de alta de forma prematura. Otro modo de salida son circunstancias no previstas que hacen que la administración de la sustancia sea imposible como la prision o el embarazo (16.9%).

No hay diferencias significativas en cuanto a las razones para dar de alta prematuramente en los 2 tipos de unidades de sustitución. Los programas de metadona reportaron el uso de sustancias ilegales (41.4%) y el involucramiento en actividades criminales diferentes al uso de droga (41.4%) como las mas importantes razones. Otra razon importante ha sido la manifestación de comportamiento violento (12.6%). La razon principal para el alta prematura en los programas con buprenorfina es el uso de sustancias ilegales (43.1%), seguidos por el incumplimiento de reglas y regulaciones de la unidad (34.5%) y comportamiento violento (17.2%).

#### **Otros tratamientos asistidos de forma medica**

El Programa de Tratamiento ARGO libre de drogas (Hospital Psiquiatrico del Estado Thessaloniki) tiene un programa de administración de antidoto que puede prescribir naltrexona ademas de brindar counselling y servicios de terapia.

## HOLANDA

### **El Sistema de Tratamiento**

#### *Organización*

Un importante desarrollo es el número de fusiones entre organizaciones de salud mental y centros de adicciones, y en algunos casos también entre diferentes organizaciones de adicciones en los últimos 5 años. Como resultado de las fusiones el número de centros de adicción se han vuelto más pequeños durante el año pasado (2004), pero el número de locaciones permanecen iguales.

En el 2004 Holanda tenía 17 organizaciones de centros de adicción financiadas con dinero público, comparado con los 32 centros en el 2000. El número de locaciones no cambió demasiado. La mayoría de las personas con problemas con drogas son tratadas en centros ambulatorios. El mantenimiento con metadona es predominantemente un tratamiento ambulatorio.

#### *Seguro de Calidad y Evaluación*

Un informe de evaluación de las políticas innovadoras de los programas para mejorar la calidad de los cuidados a los adictos y la prevención en drogas marcó la finalización de la primera fase de 5 años de actividades resultantes en 50 publicaciones. El foco de los próximos 2 años continuará mejorando las intervenciones médicas y de enfermería, desarrollo de protocolos; implementación de guías; mejorar el entrenamiento profesional y educativo para elevar la capacidad de los futuros profesionales.

Se construyeron un conjunto de indicadores que permiten, las organizaciones de cuidado de la salud mental y cuidados a los adictos, medir sus resultados más sistemáticamente.

El cuidado holandés está mejorando gracias a su política de programas pero el cambio toma mucho tiempo y existen aún varios defectos.

Las iniciativas han comenzado a elevar la calidad de los profesionales. Estas iniciativas están manejadas por el nuevo Council de Desarrollo de Competencias que apunta a la iniciación y apoyo de la educación de cursos de alta calidad en las universidades, educación profesional y redes de aprendizaje entre organizaciones de centros de adicción con especial atención en la certificación y mantenimiento de dichos cursos.

La satisfacción del cliente suele mencionarse como una variable de resultado importante, especialmente en conexión con asegurar la calidad. Todavía aquí se debate el significado de satisfacción. La satisfacción del paciente está sustancialmente influenciada por el neurotismo y el estrés psicosocial relacionado.

#### *Análisis de Costo*

Los estudios de costo se están volviendo cada vez importantes en los últimos años. Los trastornos relacionados al alcohol son los que más altos costos sociales producen pero aún se desconocen cuáles son los costos y efectos de las actuales intervenciones.

### **Tratamiento Libre de Drogas**

El objetivo principal es complementar los tratamientos asistidos de forma médica para alcanzar una efectividad a largo plazo y reducir las recaídas.

Aun no se tiene información sobre los tratamientos ni su efectividad.

#### *Criterios de admisión*

No hay criterios específicos de admisión. El tratamiento no está combinado sistemáticamente con tratamientos libres de drogas. Para mejorar la efectividad, compañeros y/o familiares deben estar involucrados, dependiendo de la fase de adicción del cliente y los objetivos acordados.

#### *Evaluación de resultados, Estadísticas, Investigación y Entrenamiento*

Durante años pasados 4 disertaciones se publicaron sobre los tratamientos libres de drogas. El primero trata sobre la validez y confiabilidad de la medición o evaluación de entrevistas motivacionales en centros de adicción. Una característica importante de la dependencia a las sustancias es que los adictos continúan su uso pese a las consecuencias negativas. La resistencia al cambio está inversamente relacionada a la motivación, un aumento en la motivación se relaciona con la reducción de la resistencia. Así, la motivación es una variable

crucial en los centros de adicción especialmente porque las entrevistas motivacionales son una técnica costo-efectivas para reducir el uso de sustancias. Sin embargo, la implementación requiere sistemas para codificar las habilidades de entrevista necesarias.

Una segunda disertación trata sobre las técnicas de tratamiento que se basan en “respuestas clave”. Muchas clientes en tratamientos residenciales están perturbados por un fuerte deseo de usar drogas cuando se los confronta con el estímulo relacionado a la drogas (clave) y suelen aumentar las recaídas. Una solución puede ser encontrar alguna forma de disminuir estas reacciones fuertes hacia la clave (respuesta preventiva o extinción de la reactividad a la clave). Cuando las terapias que exponen a las claves (en vez de las terapias que evitan las claves) son aplicadas, las claves tienen menos impacto en los clientes después de la terapia.

El tema de la tercera disertación es la efectividad del programa de tratamiento para adictos crónicos al crack de alto riesgo. Este programa fue evaluado en su adherencia al modelo de tratamiento en comunidades asertivas. El objetivo es establecer evidencia basada en la práctica para este tipo particular de población. El estudio concluye que tratamientos multidisciplinarios deberían incluirse para este tipo de población teniendo en cuenta los siguientes aspectos: un psiquiatra y un especialista vocacional en el equipo, una estación de cuidado, y una perspectiva longitudinal. Además, se propuso lo siguiente para mejorar el servicio: un fuerte foco en la relación cliente – terapeuta, una disminución sustancial en el número de contactos cara a cara requeridos para el tratamiento (de 4 a 1 contacto por semana), implementación de incentivos en el lugar para mantener al grupo involucrado.

La cuarta disertación trata de la influencia de las diferencias en las normas y valores culturales respecto a los efectos de los centros de adicción. Se asumen generalmente que los factores relacionados a la calidad del proceso de tratamiento co-determina los resultados del tratamiento. Una asunción adicional es que tanto los clientes como los profesionales del centro de adicción pueden reaccionar distinto cuando difieren en normas culturales y valores. Es por ello que las diferencias culturales entre los profesionales del centro de adicción y los clientes pueden obstaculizar el éxito del tratamiento. Los resultados de un estudio prospectivo mostraron que las diferencias en normas culturales y valores de clientes y profesionales en el pre test no influenciaron los resultados del tratamiento o las tasas de abandono. Hubo solo una pequeña diferencia en los valores y normas en relación al trabajo de alianza terapéutica en la satisfacción del tratamiento en los clientes de culturas minoritarias. Contrariamente a lo que se piensa estas diferencias entre clientes y profesionales son muy importantes en los centros de adicción. Sin embargo, por el tamaño de la muestra que fue pequeña y con tasas de abandono altas, una investigación adicional sería necesaria.

Una revisión reciente analizó un meta-análisis, 6 revisiones y 2 ensayos aleatorios apuntaban a la eficacia de las terapias de familia al tratar adolescentes con problemas de abuso de sustancias. La terapia de familia apareció como más eficaz (por ejemplo, en reducir el uso de drogas) que el tratamiento individual, grupo de terapia y educación familiar pero igualmente efectiva comparada al grupo de padres.

Diferencias en la orientación teórica no mostraron diferencias en los resultados aunque existe evidencia positiva para las terapias multisistémicas o multidimensionales y las terapias estructurales de estrategia. En las terapias multisistémicas el ambiente es considerado como importante, pero no exclusivamente el foco está puesto en la familia, también lo está en los amigos, el barrio y la escuela. La terapia estructural pretende mejorar los patrones de interacción familiar y armar estrategias para realizar un acercamiento pragmático centrado en problemas diarios específicos relacionados con las drogas que utilizan los adolescentes. Puede ser importante incluir sesiones individuales con el adolescente. No fue posible especificar el tipo de población de adolescentes en las que fue más efectiva este acercamiento con estas terapias.

En años pasados 4 centros de adicción iniciaron iniciativas para cooperar con grupos de autoayuda. En general los dos tipos de cuidado son “mundos separados”. Estas iniciativas están basadas en la premisa de que agregando grupos de autoayuda al tratamiento regular agregará valor a los clientes en centros ambulatorios y aquellos que estén por dejar los centros y necesiten cuidados post tratamiento. En una organización se asume que esta cooperación también puede ser beneficiosa para pacientes con diagnóstico dual. El foco de estos grupos de autoayuda se basa en el entrenamiento en habilidades y responsabilidades. En dos organizaciones, la familia o los esposos también están involucrados en los grupos de autoayuda. Todas las organizaciones utilizan personas de contacto específicas o trabajadores de apoyo para fortalecer los lazos y fortalecerlos entre los dos tipos de cuidado. En la mayoría

de los casos, los trabajadores de apoyo son ex adictos que trabajan voluntariamente en estos grupos y están accesibles 24hs del día.

#### **Tratamientos asistidos de forma médica**

##### *Tratamientos de sustitución*

La información registrada en los tratamientos de mantenimiento con metadona revela un aumento en el número de adictos a la heroína y un pequeño aumento en el promedio de dosis diaria utilizada. Este desarrollo no está causado por, pero consistentemente con los resultados con un experimento con altas dosis de metadona, mostrando que estas altas dosis son en general más efectivas que las dosis bajas.

En Ámsterdam el tratamiento de mantenimiento con metadona para ambulatorios es realizado por el Servicio de Salud Municipal, el centro de adicción (Jellinek), la policía y (algunos) médicos clínicos.

- La distribución de metadona del Servicio de Salud Municipal es voluntario. A los adictos que son detenidos se les administra metadona en la estación policial por un médico del servicio. Los médicos clínicos tratan pacientes con metadona que puede más o menos controlar el uso de drogas y son habilitados a recibir metadona por el farmacéutico. La mayoría de los pacientes, especialmente entre las primeras dos categorías, tienen varios problemas, por ejemplo con el alcohol, viven en la calle, tienen problemas psiquiátricos, desórdenes conductuales, prostitución y enfermedades infecciosas.
- Hay indicadores de que altas dosis de metadona se relacionan al incremento de la compliance terapéutica (que el paciente cumpla con las indicaciones médicas).

## IRLANDA

### Sistemas de Tratamiento

En Enero del 2005, los 10 comites de salud que manejaban los servicios de salud en Irlanda fueron reemplazados por una sola entidad, el Servicio Ejecutivo de Salud (Health Service Executive, HSE) que manejará el sector de salud publica de Irlanda.

El Grupo Inter Departamental que controla la implementacion de la Estrategia Nacional de Drogas, se expandió para incluir representantes de nivel "señor" del HSE.

En Marzo del 2005, el HSE publicó su Plan de Servicio Nacional para el 2005 y éste delinea como el HSE pretendia proveer sus servicios de tratamientos de drogas. El manejo de todos los servicios de adicciones quedan remitidos de Centros Primarios, Comunitarios y Continuos que controlaran un número de grupos de centros nacionales.

El grupo nacional de cuidados con responsabilidades especificas sobre los servicios de adiccion son los Servicios de Inclusión Social, pero el manejo de los servicios de tratamiento con metadona también aparecen remitidos a los Servicios de Cuidados Primarios y el manejo de las desintoxicacion también aparece remitido a los Servicios de Salud Mental. Es asi como no esta muy claro quien es responsable de que aspectos de los servicios de adiccion.

Los indicadores claves actuales de actuación que monitorean el progreso en relacion a: los lugares donde se brinda el tratamiento, servicios de tratamiento en prision, estatutos de servicios para los usuarios y rehabilitación. El numero de sitios de tratamiento para la adiccion a los opiaceos aumento de 6000 al final del 2001 a 7390 al final de marzo del 2005, lo cual indica que este indicador clave de actuación ha sido alcanzado. Los servicios de prision han desarrollado estructura para proveer tratamientos con metadona. Los indicadores claves de actuacion sobre el tratamiento han sido revisados para reflejar la diversidad del tipo de drogas y el número de drogas usadas por aquellos que estan buscando tratamiento y requieren que:

- el 100% de la problemática de los usuarios de drogas tengan acceso apropiado al también dentro del mes de haber sido evaluados.
- El 100% de la problemática de los usuarios de drogas menores de 18 años deben acceder al tratamiento dentro del mes de haber sido evaluados.

Existen 2 ramas filosoficas a través de las cuales se brindan los servicios: terapias sin medicamentos y tratamientos asistidos farmacologicamente. Las terapias libres de drogas utilizan modelos como el de comunidades terapeuticas y el Modelo Minnesota aunque algunos servicios han adaptado estos modelos para ajustarse mejor a las necesidades de clientes particulares. Los tratamientos asistidos con farmacos incluyen la desintoxicacion de opiaceos y terapias de sustitucion, desintoxicacion de alcohol y benzodiacepinas, y tratamiento psiquiatrico. Varios tipos de counselling se brindan a través de ambas filosofias de tratamiento. Terapias alternativas, como la acupuntura, son provistas a través de algunos proyectos de comunidades en Dublin.

La accion 49 de la Estrategia Nacional de Drogas 2001-2008 identifico la necesidad de desarrollar un protocolo para tratar chicos menores de 18 años que presenten serios problemas de drogas. Un grupo de trabajo se establecio en septiembre de 2005 y reviso la extension del problema advirtiendo que la atencion de menores toma una proporcion sustancial de trabajo de los servicios de adiccion. El grupo consideró que los temas legales y eticos que se relacionan al tratamiento de personas menores de 18 años presentando problemas serios de drogas. El grupo reconoció las dificultades experimentadas por quienes proveen servicios, particularmente en relacion al consentimiento y el involucramiento de la familia. Notaron que la actual legislacion permite a personas de 16 a 17 años consentir en su propio nombre algunos algunos tratamientos. Sin embargo hay varias dudas de que las cortes acepten que este consentimiento se aplique a tratamiento de drogas. El grupo recomendó que en lo posible, la familia este involucrada en el tratamiento para que éste lleve a mejores resultados. Recomendó 4 escalones para el tratamiento con adolescentes:

- 1) Servicios generales provistos por maestros, servicios sociales, medicos clinicos, grupos comunitarios y familiares para aquellos en riesgo de uso de drogas. Los servicios genericos incluyen consejeria y derivaciones.
- 2) Servicios con especialistas expertos en salud mental adolescente o adiccion, como oficiales de vinculacion juvenil, fuerzas locales de drogas, vinculo entre la casa y la escuela, centros juveniles y centros de tratamiento de drogas. Estos servicios provistos a este nivel incluirian intervenciones breves, counselling y reduccion de daños.

3) Servicios con especialistas expertos tanto en salud mental adolescente o adicción y la capacidad de brindar una combinación de tratamientos a través de un equipo multidisciplinario.

4) Servicios con especialistas expertos tanto en salud mental adolescente y adicción y con la capacidad de brindar intervención breves pero intensivas a través de internaciones u hospitales de día.

El grupo acordó que los servicios deberían ser específicos de adolescentes, locales y accesibles, teniendo una combinación de disciplinas en el mismo lugar, y ofrecer evaluación, tratamiento y cuidados posteriores.

#### **Tratamientos libres de drogas**

No hay nueva información publicada.

#### **Tratamientos asistidos farmacológicamente**

Aproximadamente  $\frac{1}{4}$  de aquellos que alguna vez usaron heroína desarrollaron dependencia. En Irlanda la dependencia a los opiáceos, alcohol o benzodiazepinas se trata con asistencia farmacológica.

#### **Desintoxicación**

3 unidades residenciales y un número de centro de tratamientos ambulatorios proveen desintoxicación para problemas con opiáceos y benzodiazepinas. Los centros de tratamiento residenciales generalmente proveen desintoxicación y rehabilitación temprana de corto plazo (2 a 12 meses). La metadona es la droga usada más común para la desintoxicación a opiáceos, en años recientes las buprenorfina y la lofexidina también han sido usadas para la desintoxicación de opiáceos. El Subutex® ha sido autorizado para la dependencia a los opiáceos desde el 2002 pero no están autorizadas las combinaciones de buprenorfina y naloxona. En el completamiento de desintoxicaciones residenciales y ambulatorias, un número de clientes van a programas de post cuidado residenciales o ambulatorios.

#### **Sustitución de Opiáceos**

El mantenimiento con metadona involucra la administración diaria de (agonistas opioides vía oral) metadona como tratamiento para la dependencia a los opiáceos. En Irlanda, la metadona es el sustituto elegido como terapia de mantenimiento. El objetivo de la terapia de mantenimiento con metadona es reemplazar el uso ilícito de opiáceos con una medicación oral lícita para brindar al individuo un estilo de vida estable y reducir el daño asociado al problema del uso de opio. La metadona se toma una vez al día porque su larga duración elimina los síntomas de abstinencia entre 24 y 36 horas. Dadas en altas dosis reduce el deseo (craving) por la heroína y bloquea los efectos eufóricos de la heroína si las dos drogas se toman juntas.

#### **Política y Protocolos**

En el 2002 se pidió la revisión del Protocolo de Metadona introducido en octubre de 1998, y se publicó la revisión en junio de 2005.

Como parte de la revisión, se invitó a un grupo interesado y se recibieron informes que se analizaron para identificar los temas y recomendaciones.

Los temas identificados fueron los siguientes:

- necesidad de invitar a representantes de la comunidad, usuarios del servicio, voluntarios del sector, Board del Centro de Tratamiento de Drogas, el ex Board Area de Salud y la Asociación de Psiquiatría de Irlanda.
- requerimiento de revisión de la metadona prescrita.
- los clientes bajo tratamiento de metadona sugirieron que todos los clientes deberían participar en su plan de tratamiento, los clientes estables no necesitan ir semanalmente, se deberían organizar reuniones individuales para cada cliente, los clientes que continúan tomando drogas caóticamente deberían ser tratados aparte de los clientes más estables, y el tema de la privacidad en cuanto a los análisis de orina al ser informados.
- hubo varias sugerencias acerca de la necesidad de tener un acercamiento coordinado al tratamiento fuera de los HSE y elevar el número de reclutamiento de médicos clínicos. También se sugirió el entrenamiento en el uso indebido de opiáceos en licenciaturas y posgrados médicos.

- los farmaceuticos requieron entrenamiento conjunto con otros profesionales de la salud. Tanto farmaceuticos como clienten trajeron el tema de la privacidad y seguridad en las farmacias.
- necesidad de trabajar en forma coordinada entre los servicios psiquiatricos y los servicios de tratamiento de drogas.
- se solicito una guia para trabajar con usuarios de opiaceos menores de 18 años.

## ITALIA

### **Generalidades**

Este capítulo toma los tratamientos residenciales y los separa de los tratamientos libres de drogas: es bien sabido que en Italia las comunidades terapéuticas privadas son las que organizan las terapéuticas residenciales y programas de rehabilitación, y estas iniciativas no pueden considerarse “libres de drogas”, por ejemplo: solo psicosocial.

Las comunidades que ofrecen terapia en la mayoría de los casos utilizan agonistas opiodes en dosis decrecientes, así como la prescripción de psicofarmacéutica que apunta a tratar disturbios psiquiátricos. Así, se dispone primero las iniciativas psicosociales implementadas en servicios públicos (ambulatorios) solo con tratamientos farmacéuticos y luego, en la sección de “Tratamientos asistidos con Medicamentos”, programas farmacológicos comenzando por servicios de cuidado para adicciones a las drogas.

Se debe aclarar que los tratamientos asistidos con medicamentos también incluyen servicios psicosociales y de rehabilitación que no necesariamente incluyen la administración de fármacos.

### **1. Sistemas de Tratamiento**

En la mayoría de las regiones el marco de estructura inherente al proceso de diagnóstico y las secuencias de la terapia no están completamente desarrolladas. Aun no hay adecuada estructura para que la información fluya a los observatorios regionales. Esta omisión, se traslada en diferentes maneras de recolectar información y diferentes protocolos para registros médicos, dificultad para hacer comparaciones y evaluar los resultados de los tratamientos.

### **2. Tratamientos libres de drogas ambulatorios (intervenciones psicosociales)**

De acuerdo a la última información registrada en el 2004 el número total de personas que recibieron solamente tratamientos psicosociales y/o de rehabilitación fue 46432 (casi el 37% del total tratado).

Los tratamientos psicosociales representan el 49% de todos los tratamientos provistos, un porcentaje que ha aumentado marcadamente desde el 2001.

Especialmente más de la mitad de estos tratamientos eran programas de servicios sociales; después hay programas de apoyo psicológico y en menor extensión psicoterapia. Esta distribución no ha cambiado significativamente a lo largo de los años.

### **3. Tratamientos farmacológicos provistos por servicios públicos**

Estos tratamientos representan aproximadamente el 61% de todos los tratamientos disponibles.

#### ***Tratamientos de abstinencia que no utilizan drogas no narcóticas***

En un período completo de 4 años, hubo una constante caída de los tratamientos con clonidina, que cayó del 3% de todos los programas farmacológicos implementados en el 2001 al 1% en el 2004.

El incremento en la reducción de estrategias que apuntan a la abstinencia de los opiáceos a través de drogas no narcóticas y por ello, la posibilidad de tratar la abstinencia e interrumpir la dependencia física en algunos pocos días está probablemente influenciada por varios factores. Por un lado, una revisión de la literatura científica que no toma en cuenta los tipos diferentes de pacientes reduce la accesibilidad de gran porción de adictos que podrían beneficiarse de la abstinencia con clonidina y el tratamiento consecuente con antagonista: estos pacientes son los que más socialmente integrados están, con planes fuertes para el futuro, un alto nivel de motivación y un apoyo familiar sólido. Por el otro lado, los servicios sufrieron la reducción de recursos humanos y económicos que resultan esenciales en el uso de formas de abstinencia a través de drogas narcóticas y se ajustan al uso de agonistas opiáceos como la droga de elección de la mayor parte de los tratamientos farmacológicos. El riesgo de una selección involuntaria entre pacientes podría ser evitado si los servicios pudiesen disponer un rango más amplio de tratamientos que se ajusten a las necesidades clínicas y las expectativas sociales de los pacientes.

### ***Tratamientos con prescripción de agonistas opiodes***

Sin verificar diferencias significativas durante el periodo de 4 años, los tratamientos farmacológicos se llevaron a cabo en alrededor del 82% de los casos en terapia con metadona (en dosis decrecientes a lo largo del largo y medio plazo).

En relación a los tratamientos con buprenorfina hubo un aumento significativo: los usuarios tratados con esta droga crecieron del 10% en el 2001 al 15% en el 2004.

Entre los tratamientos con buprenorfina, sin embargo, los que duraron más de 6 meses fueron los casos más comunes, seguidos de los tratamientos de plazo medio y en menor extensión, aquellos con dosis decrecientes (menos de 1 mes).

Además, el análisis del tratamiento a través de los años muestra un marcado incremento en los tratamientos de largo plazo (del 42% en el 2001 al 64% en el 2004) contra una marcada disminución en tratamientos de plazo medio y tratamientos de dosis reducidas.

Los agonistas a los opiodes se utilizan cada vez más con el objetivo de estabilizar a los pacientes adictos de heroína de la compulsión a utilizarla. Estas drogas, pese a que sustituyen la heroína en los receptores opiáceos del cerebro, no producen la intensidad característica de la heroína: el paciente que durante la toma de metadona o buprenorfina no vuelve a la heroína por algunos meses es ayudado a reducir el "condicionante" producido por la toma de opiáceos de la calle y romper el círculo de la compulsión. Mas aun, una distinción importante, en relación a las estrategias organizacionales y los marcos diferenciados debe hacerse entre "bajo umbral" de metadona y buprenorfina administrada a pacientes que aun no han recibido un programa estructurado de terapia y de metadona y buprenorfina incluida en los rigurosos programas clínicos y terapias motivacionales intensivas. En cualquier caso, la administración de drogas narcóticas debe acompañarse de pruebas urinarias toxicológicas frecuentes y apropiadas que ayuden tanto para el monitoreo clínico y la aceptación de la responsabilidad médica y legal del médico que prescribe. La introducción de buprenorfina entre las posibilidades terapéuticas para el tratamiento de adicción a la heroína permite el uso parcial de agonistas opiáceos, que tienen un perfil farmacológico diferente de la metadona, y la posibilidad de identificar tipos específicos de pacientes en relación al resultado de varios tratamientos.

### ***3.3. Tratamientos con antagonistas opiodes***

Del análisis de la información relacionada a la administración de naltrexona, es posible ver una variación significativa en el periodo 2002-2003 en donde una porción de este tipo de tratamiento cayó desde casi el 5% a menos del 3%. La caída en el uso de naltrexona en el tratamiento de adictos a las drogas puede conectarse, por un lado, a la disponibilidad limitada del paciente a tomar drogas pero también a la dificultad de los servicios de estructurar programas clínicos que apuntan al completo abandono de las drogas, que sería apropiado para un sub grupo específico de la población de adictos a la heroína. La naltrexona, asociada con terapia cognitiva – conductual, terapia familiar y programas farmacológicos selectos para cualquier comorbilidad psiquiátrica ha demostrado buenos resultados en pacientes motivados con formas menos severas de dependencia, buenos recursos familiares e integración social fuerte. En estas personas con mayores recursos individuales, en pacientes jóvenes, en la fase de reintegración seguida de prisión y comunidad terapéutica, durante la primera evaluación diagnóstica la naltrexona podría tener un uso particular, pero requiere de un despliegue significativo de recursos interpersonales y socioeducativos del personal de los servicios.

### ***Tratamientos farmacológicos integrados***

Con el nuevo sistema de reporte será posible examinar varios tipos de tratamiento comenzados en relación a las drogas.

Es importante notar el alto nivel de tratamientos psicosociales comenzados con personas que han tenido a la cocaína, cannabis y derivados de anfetaminas como drogas primarias. La disponibilidad limitada de drogas específicas para el tratamiento de disturbios causados por estas sustancias y la falta de racionalidad de evidencia científica para apoyar dicho uso lleva a los servicios a favor de la psicoterapia y tratamientos interpersonales. Considerando los nuevos prospectos en el tratamiento de disturbios en adicción, podemos sostener que una droga ilegal no debe aplicarse mecánicamente contra una terapia prescrita pero que un programa psicofarmacológico selectivo y elegido puede ser útil en curar formas complejas de automedicación. Una porción de pacientes en tratamiento para la dependencia de opiáceos que hacen uso de terapia farmacológica suplementada con actividades psicosociales se acerca

al 50%, mientras que el 23% de los pacientes reciben solo tratamiento farmacológico. Así es como un porcentaje de pacientes que reciben metadona y buprenorfina no están integrados con apoyo psicológico, counselling y psicoterapia individual o grupal. Además, entre aquellos tratados con suplemento de metadona (o buprenorfina) y terapia psicosocial, la extensión de aquellos que solo reciben apoyo social tiene que ser vista. Tal apoyo pese a que debe ser considerado terapéutico por derecho propio, no puede por sí misma alcanzar todos los temas psicológicos / comportamentales o psiquiátricos de los pacientes. En este sentido hay indicaciones claras de la literatura científica en este sector que subrayan la importancia de integrar la terapia farmacológica con terapia psicológica intensiva, aplicada de acuerdo a metodologías acreditadas, con consecuencias importantes en la medición de la efectividad de los tratamientos.

Características especiales de pacientes en tratamiento en servicios públicos y privados puede registrarse en relación a su edad, estructura de referencia, nivel educacional y situación de empleo. Personas entre 35 y 44 años están especialmente representadas entre los pacientes en metadona, mientras que los jóvenes (25-34 años) constituyen un mayor porcentaje entre pacientes en comunidades terapéuticas. Una cierta diferencia en la distribución de edad también aparece entre aquellos tratados con metadona (que más frecuentemente pertenecen a los grupos de mayor edad) y aquellos en terapia con buprenorfina (que más frecuentemente pertenecen a los grupos de edades más jóvenes).

Hay un porcentaje menor de personas con altos niveles de educación entre pacientes enviados a comunidades terapéuticas. Pacientes en buprenorfina parecen tener niveles más altos de educación que aquellos en metadona.

También en relación al estatus de empleo existen diferencias entre pacientes en el tipo de tratamiento: personas desempleadas están fuertemente representadas entre pacientes involucrados en tratamientos residenciales en comunidades. Personas con empleo aparecen entre pacientes tratados con buprenorfina y en este caso parecen estar más integrados socialmente que aquellos tratados con metadona. Aquellos que accedieron a tratamientos de apoyo psicosocial como counselling o psicoterapia parecen más socialmente integrados y con niveles más altos de empleo.

#### **4. Tratamientos en estructuras privadas**

En el 2004 14.143 personas fueron enviadas a estructuras sociales/ de rehabilitación en sectores privados (tratamientos residenciales, semiresidenciales o tratamiento inicial) para recibir tratamiento terapéutico y reintegración social. En comparación al período anterior de 4 años, la porción de personas tratadas en estructuras sociales/ de rehabilitación tendieron a caer desde el 13% en el 2001 al 12% grabado en años subsecuentes, para acercarse al 10% en la actualidad. De acuerdo al análisis del Ministerio del Interior en base a datos de 1230 estructuras sociales/ de rehabilitación (788 estructuras residenciales, 224 semiresidenciales y 218 centros ambulatorios) las personas en tratamiento se distribuyen: 67% en estructuras residenciales, 11% en semiresidenciales y 22% en centros ambulatorios.

Mientras que desde el 2001 hubo un incremento gradual en la porción de gente presente en estructuras residenciales en comparación con la caída de aquellos en tratamientos y centros ambulatorios del sector privado, en el 2004 esta tendencia pareció tomar un camino diferente.

El método utilizado por las comunidades terapéuticas y, más generalmente, por estructuras del sector privado incluyen terapias comportamentales y cognitivas, terapia de relación, psicoterapia de grupo, terapia de grupo de autoayuda, apoyo psicológico y educativo y psicoterapia individual, terapia de familia y apoyo para la dinámica familiar. Ergoterapia y varias formas de entrenamiento profesional y reintegración social. Los programas en las estructuras privadas que utilizan estas metodologías en una variedad de formas toman formas en un clima humano y valores centrados en las relaciones que buscan encontrar un sentido de la identidad personal, y desarrollo de aspectos vocacionales y habilidades relacionadas.

En este campo también el cambio profundo en el fenómeno, nuevo uso y características clínicas de nuevos pacientes requiere la estructuración de nuevas estrategias, cambios en relaciones dinámicas, tiempos distintos de recuperación y formas más variadas en comparación a los programas "clásicos". El uso de drogas en comunidades y en estructuras del sector privado se está expandiendo gradualmente: algunos centros lidian directamente con la abstinencia y abandono de las drogas; otros programas con metadona y buprenorfina; otros ordenan medicaciones para trastornos psiquiátricos a través de iniciativas farmacológicas selectivas.

Por un lado, un sub grupo de comunidades estan especificamente dedicadas a pacientes con comorbilidades psiquiatricas, pero la mayor parte de los Centros se encuentran aceptando pacientes que se han tenido que volcar a tratamientos residenciales debido a la complejidad de sus sintomas y el alto riesgo de las recaidas: entre los pacientes en tratamientos residenciales generalmente hay un alto porcentaje de afectaciones psiquiatricas serias o de desordenes de la personalidad asociadas a la dependencia de drogas, tratamiento fuera de las comunidades especializadas.

## GRAN BRETAÑA

### 1. Generalidades

La estrategia de drogas de Gran Bretaña identifica al tratamiento como siendo efectivo en atacar el problema del uso de drogas y así, indica una necesidad de aumentar su disponibilidad y calidad. En la búsqueda de poder asegurar la calidad de los tratamientos en el 2000, la Unidad de Intervención Efectiva (UIE) se estableció para identificar y diseminar una práctica efectiva en Escocia. En el 2001, la Agencia Nacional para el Tratamiento del Uso Indebido de Sustancias (NTA) se estableció en Inglaterra para aumentar la disponibilidad, capacidad y efectividad del tratamiento de drogas. El Departamento de Salud, Servicios Sociales y Seguridad Pública, Norte de Irlanda (DHSSPSNI) y la Asamblea Galesa son responsables de arreglos similares.

Mientras que el objetivo último del tratamiento ha sido la abstinencia, la Estrategia de Drogas Actualizada del 2002 enfatiza la necesidad de reducir el daño asociado al problema del uso de drogas. Los proveedores de tratamiento están para ofrecer consejos e información, intercambio de agujas, counselling de cuidado planeado, programas en centros de cuidado diario, comunidades que prescriben, tratamientos residenciales y rehabilitación residencial. Además, los usuarios de drogas están para ser ofrecidos prevención de recaídas y programas de post cuidado, vacunaciones de hepatitis B, y pruebas y counselling para la hepatitis B y C, y HIV. En relación al tratamiento prescrito, el mantenimiento con metadona oral es el método común más utilizado en el tratamiento de la adicción a la heroína, pese a que recientemente la buprenorfina se ha introducido (heroína inyectable y metadona también están disponibles). Pilotos para tratamientos especializados en crack han sido introducidos como parte del Plan Nacional de Crack.

En Gran Bretaña, la mayoría de los tratamientos para los usuarios problemáticos de drogas han pasado por servicios de tratamientos basados en comunidades con derivaciones abiertas y cada vez más a través de médicos generales. El tratamiento es provisto sin cargo. Los médicos generales han sido motivados a brindar tratamiento, y esto se ha sido tomado por servicios especializados en comunidades. El cuidado residencial está reservado para aquellos usuarios de drogas con problemas agudos particulares, para rehabilitación o para desintoxicación (aunque el último ahora, es el más usado en las comunidades). Derivaciones en tratamientos a través del sistema de justicia criminal y mientras en prisión, es un componente de la Estrategia de Drogas de Gran Bretaña.

### 2. Sistemas de Tratamiento.

#### 2.1. Tratamientos efectivos en Inglaterra

##### **Expansion de Tratamientos**

La expansión de tratamientos sigue siendo una prioridad clave en Gran Bretaña. La Comisión de Cuidados para la Salud ha incluido el tratamiento de drogas como uno de los ocho indicadores claves usados para evaluar la actuación de los Centros. Además, las últimas directivas de la Dirección de la Estrategia de Drogas ha sido:

*El tratamiento efectivo ayuda a los individuos que usan indebidamente drogas a escapar de la adicción y el crimen, y a mejorar su salud y sus vidas. El tratamiento efectivo ayuda a las comunidades como un vínculo que rompe el vínculo del uso indebido de drogas y la oferta, bajando el número de crímenes cometidos. El tratamiento efectivo ayuda a la sociedad al reducir el costo del uso indebido de drogas.*

Como tal, el tratamiento ha sido expandido y en Inglaterra:

- Desde 1998 el número de usuarios de drogas en tratamiento se ha incrementado en un 54% al 2003.
- La lista de espera se ha reducido en un 72% en comparación al 2001 (ahora el promedio de espera es de 2 a 4 semanas o menos en áreas con más crímenes en comparación de las 6 a 12 semanas).
- Cerca de la mitad de los clientes que entran al tratamiento (52%) en 2003/04 fueron retenidos en tratamiento por 12 semanas o más.

### **Mejorando la Efectividad de los Tratamientos.**

En Junio de 2005 en Inglaterra se lanzó una estrategia para mejorar la efectividad de los tratamientos apuntando a:

- Proveer acceso rapido a tratamientos estructurados (dentro de las 3 semanas) – con acceso aun mas rapido para mujeres embarazadas u ofensores; y
- Rentener a los clientes por al menos 12 semanas para que puedan recibir los maximos beneficios.

Una guía publicada sugiere un número de factores que pueden ayudar a retener clientes, incluyendo:

- recordatorios para motivar a los clientes a continuar con sus citas;
- intervenciones motivacionales;
- entrada rapida al tratamiento;
- inducción al cliente para que entienda que esperar del tratamiento a las drogas.

### **2.2. Efectividad de los Tratamientos en Escocia**

En Escocia la preocupación pasa por las continuas muertes relacionadas con las drogas y la inaceptable lista de espera para acceder a servicios de drogas. Una revision puso de manifiesto las siguientes necesidades:

- las listas de espera continuan siendo largas en algunas partes de Escocia,
- la necesidad de mas camas para atender crisis y cuidados extras,
- la necesidad de mayor progreso y rapidez en la entrega del cuidado integrado,
- la necesidad de asegurar el cuidado apropiado, basado en evidencia practica,

### **2.3. Sistema de Tratamiento Galés**

Se esta estandarizando la recoleccion de datos y sistemas de informes para otorgar un marco de manejo de la actuacion en relacion a los servicios de tratamiento. Finalizada esta etapa, la etapa dos involucra la produccion de indicadores de actuacion clave. La etapa tres brindará programas de investigacion y evaluacion.

### **2.4. Provision de Tratamientos para Jovenes**

#### **Inglaterra**

Este tipo de servicios es prioridad en la Estrategia de Drogas de Gran Bretaña por tal motivo se ha desarrollado un Plan Nacional para los Jovenes lo mas temprano posible y para que los individuos tengan acceso a los servicios e intervenciones apropiadas.

En Abril de 2005 se publicaron los tipos y estandares de servicios que deberian estar disponibles para tratar jovenes, aumentando la participacion de los mismos (bajo los 18 años) en programas de tratamiento del 50% entre el 2004 y el 2008.

Ademas se esta produciendo un kit de herramientas y modelos integrados de cuidado asi como camino de derivaciones.

#### **Escocia**

Durante el 2004 se produjo un guía para identificar las necesidades de los jovenes a tener en cuenta a la hora de diseñar evaluaciones efectivas.

#### **Gales**

Se comenzó a diseñar un modulo para Chicos y Jovenes que contiene educacion, prevencion y servicios de tratamiento.

### **2.5. Derivaciones a Tratamiento a través del Sistema de Justicia Criminal**

En Septiembre de 2004 se reportaron €266.4 millones extra de euros accesibles para el tratamiento de usuarios de drogas problematicos.

### **2.6. Investigación**

Un número de piezas de investigación se completaron durante el 2004/05 para ayudar a mejorar los resultados de los tratamientos. Parte de los resultados encontraron que el 56.6% de la muestra de 1007 usuarios de drogas en tratamiento identificaron la abstinencia como el unico objetivo a alcanzar.

Otro estudio seguirá 3000 usuarios en principio, por 12 meses, examinando como el tratamiento influencia factores como niveles de uso de drogas y alcohol, comportamientos

ofensivos, temas de salud y otros resultados en lo social. El analisis costo – beneficio tratamiento será tenido en cuenta.

### ***Tratamiento de Retencion***

Se ha encontrado que el predictor de retencion de tratamiento (o de completamiento) mas fuerte no son las características de los clientes, sino la naturaleza de la agencia que los atiende. Aquellos clientes que reciben tanto counselling y prescripciones fueron los mas exitosos, insinuando que los servicios que proveen un paquete de prescripciones y apoyo psicosocial son los mas posibles de ser exitosos.

### ***Resultados de Tratamiento***

Gossop (2005<sup>a</sup>) revisó 4 estudios de resultados de tratamientos nacionales: el Estudio de Investigación Nacional de Resultados de Tratamiento de Gran Bretaña y 3 estudios Americanos. Estos estudios mostraron que los clientes en tratamiento despliegan un reduccion considerable en el uso ilegal de drogas y mejoran compartamientos riesgosos de inyeccion. La extensión del tiempo en los tratamientos se asocio con mejores resultados de tratamiento. Sin embargo, la sobredosis continúa siendo un problema serio y muchos clientes continuan tomando mucho.

Ademas la revision de Gossop (2005b) examinó la relacion entre el tratamiento y el crimen. Notó que el tratamiento de drogas efectivo puede facilitar la reduccion del crimen.

*La efectividad de las terapais psicologicas:* Wanigaratne et al. (2005) sugirió que hay base de evidencia sustancial para la efectividad de las intervenciones psicologicas con usuarios de drogas. Los programas con intervenciones familiares, entrevistas motivacionales y prevencion de recaidas parecen ser efectivos sobre un rango amplio de sustancias. El refuerzo comunitario y el manejo de contingencias son raramente usadas en Gran Bretaña y se podrian desarrollar un poco mas.

### ***Investigaciones de las Iniciativas en Investigación del Uso Indebido de Drogas***

Las Iniciativas en investigación del uso indebido de drogas es un programa de investigación desde el 2000 al 2005. Compromete 14 estudios en areas de tratamiento y prevencion de drogas, algunas de las cuales fueron reportadas en el Reporte del Punto Focal de Gran Bretaña en el 2004. Las que no fueron reportadas, se detallan a continuación.

*El efecto del tiempo en las listas de espera en resultados clinicos de adictos a aplaceos:* la investigación encontró que la reduccion del tiempo de la lista de espera se asocia con entradas al tratamiento más exitosas, pero no mejora la retencion dentro del tratamiento.

*Las necesidades y vistas de los usuarios de los servicios de drogas:* la cultura del servicio y las actitudes del personal puede afectar la retencion en el tratamiento.

*La efectividad y la efectividad según el costo de la terapia cognitiva conductual:* Drummond et al (2005) examinaron la diferencia entre la terapia cognitivo conductual (CBT) y el tratamiento de mantenimiento con metadona (MMT). Encontraron que no hubo diferencias significativas en el resultado del tratamiento y las dos se identificaron como efectivas por el costo.

*Sustitución con dexamfetamina para la dependencia a las anfetaminas:* la prescripcion de dexamfetamina no reduce significativamente el uso ilicito de anfetaminas o la reduccion del comportamiento de inyectarse en comparación con los metodos libres de drogas. Sin embargo aquellos prescriptos con dexamfetamina tuvieron mejoras en la salud fisica. Investigaciones sugieren que esta sustancia también puede ser apropiada para el tratamiento de la dependencia a la cocaína.

## **3. Tratamientos libres de Drogas**

Se estima que cerca del 30% de los tratamientos en Inglaterra pueden identificarse como libres de drogas tanto en la rehabilitación, counselling estructurado u hospitales de dia (aunque la medicacion puede seguir estando involucrada como parte del tratamiento).

### ***3.1. Tratamientos Residenciales***

#### ***Provision Residencial en Inglaterra***

Al menos 24.500 lugares residenciales son necesarios en Inglaterra para alcanzar a cubrir la demanda (comprometiendo aproximadamente 16.390 servicios de desintoxicacion residenciales y 8.190 en rehabilitación residencial – un aumento del 90% y del 34%

respectivamente). Se necesita mejorar el manejo de los servicios existentes para asegurar flexibilidad y apoyo suficiente luego de finalizado el tratamiento.

### ***Retencion de clientes en Servicios de Rehabilitación Residencial***

Una encuesta de retencion de clientes en servicios de rehabilitación residenciales en Inglaterra encontró que el 48% de aquellos admitidos en el 2004 completó en tratamiento, el 32% abandonó y el 19% fue dado de alta por razones disciplinarias. El aumento en el nivel de retencion de clientes se asoció con menor cantidad de camas, menores tareas domesticas, costos mas altos en los servicios y brindar entre 1 y 2 horas de counselling individual por semana.

### ***Servicios de Desintoxicacion y Rehabilitación en Escocia***

La revision del 2004 en servicios residenciales incluye:

- Se identificaron 21 unidades residenciales de desintoxicacion y rehabilitación en Escocia, con 329 camas para adultos usuarios de drogas. Sin embargo, no hay un directorio de servicios residenciales en Escocia.
- Aproximadamente 1.294 usuarios de drogas escoceses fueron admitidos a tratamientos residenciales entre Abril del 2003 y Marzo 2004 (905 en el 2002/03).
- Las tasas del completamiento de los programas de desintoxicacion residencial fueron cerca del 75% al 80%. Sin embargo, las recaidas fueron comunes. En comparación, los programas de rehabilitación residencial tienen menores niveles de retencion de clientes con 25% que abandona después de 2 semanas, y 40% dentro de los 3 meses.
- Los programas de desintoxicacion tienen mejores resultados a largo plazo si estan seguidos de una estructura de cuidado post tratamiento.
- 4 factores principales influncian la efectividad de los programas de rehabilitación residencial: tiempo en tratamiento (aquellos programas que duran al menos 3 meses son mas efectivos), retencion, características de los clientes y provision de cuidados post tratamiento.
- En promedio, el costo de 1 semana en un programa de rehabilitación residencial esta entre €461.3 (£310) y (£425), aunque algunos cuestan mas. El costo de la desintoxicacion residencial puede llegar por lo menos al doble debido al costo clinico requerido.

### ***3.2. Tratamientos Ambulatorios***

#### ***Tratamientos para usuarios de crack***

Un estudio que evaluó el impacto de los servicios y tratamientos de usuarios de cocaína y crack en Inglaterra, concluyó que aquellos expuestos a las herramientas de intervencion fueron positivos acerca de su utilidad e impacto, con asociaciones ganadas en salud y lo social.

## **4. Tratamientos Asistidos de forma Médica**

### ***4.1. Tratamientos de Abandono/ Abstinencia***

#### ***Desintoxicacion Residencial***

De los 163.985 episodios de tratamiento en Inglaterra en 2003/04, el 2.1% involucró desintoxicaciones residenciales. En una revision de desintoxicacion de opiáceos los porcentajes de completamiento exitoso fueron mas altos que en contextos residenciales.

#### ***Desintoxicacion basada en la Comunidad***

Se publicó una guía para informar prácticas basadas en la evidencia en el planeamiento y entrega de desintoxicaciones basadas en la comunidad. Se sugiere que varias cuestiones claves necesitan ser tomadas en cuenta cuando se desarrolla una alternativa centrada en la persona dentro de un cuidado integrado incluyendo la evaluacion de las necesidades del individuo y hacia donde debería apuntar, compartiendo información entre las agencias asociadas y monitorear el servicio continuamente.

### ***4.2. Tratamientos de Sustitucion***

El tratamiento de sustitucion permanece siendo el principal tratamiento en Gran Bretaña. De 163.985 episodios de tratamiento en Inglaterra en 2004/05 el 36.8% involucró la prescripcion de especialistas.

***Prescripcion de Diacepan***

Un cambio en las regulaciones para permitir la prescripcion y dispensacion de diacepan en plazos para tratar la adiccion a las drogas entró en vigor en Abril de 2005, la guia esta por ser lanzada.

***Prescripcion de Diamorfina inyetable***

En Diciembre del 2004 el Departamento de Salud anunció escacez de diamorfina inyetable. Pese a que el numero de personas que requieren diamorfian es bajo, se sugirie que aquellos para los que se las prescribe son los mas vulnerables y para quienes otras intervenciones no han sido exitosas.

***El costo de la metadona***

El reporte Escoces sugiere que el costo promedio por paciente por año de hidrocloRIDIO metadona, en el 2003, fue de €906.3 (£609); esto solo incluye el costo de la medicacion y la dispensacion.

## PORTUGAL

### 1. Sistemas de Tratamiento

En el 2005 la prioridad principal en el área de tratamiento ha sido promover la calidad a través del desarrollo de nuevas líneas guías tanto para los tratamientos libres de drogas como para los asistidos de forma médica. En particular, se recolecta información sobre los procedimientos de los programas de sustitución con agonistas opiáceos en la red pública.

Para continuar mejorando la disponibilidad de todos los tipos de tratamientos, farmacias que han estado proveyendo metadona (desde 1998) y naltrexona (desde 2001), ahora se están involucrando en la provisión de buprenorfina (Enero del 2004). Se brindó entrenamiento apropiado al personal involucrado en las farmacias.

### 2. Tratamientos libres de drogas

**Tratamientos residenciales libres de drogas** son los principalmente disponibles en público y en privado en comunidades terapéuticas. En el 2005 habían 73 comunidades terapéuticas (2 públicas y 71 privadas) en Portugal. En comparación al 2003 donde había 2 comunidades menos (privadas). En el 2004 el número de clientes registrados en las públicas (75) y en las privadas (4179) aumentó en comparación al 2003 en más de 100 clientes.

Información de las **comunidades terapéuticas públicas** indican que la mayoría de sus clientes (53%) fueron admitidos por primera vez en el 2004 en las comunidades terapéuticas. El 96% de las admisiones resultaron de proyectos terapéuticos. De ellos:

- 67% ingresaron a la comunidad terapéutica después de 2 meses de seguimiento en centros de tratamiento ambulatorios.
- 27% después de programas de desintoxicación en unidades de desintoxicación.
- 3% después de seguimiento en hospitales de día.

En relación a las fuentes de derivaciones:

- La mayoría de esos clientes (89%) fueron derivados por terapeutas (83% de terapeutas CAT, 4% por terapeutas de otro servicio de salud y 3% por terapeutas privados).
- 7% indicó que ingresaron por presiones o iniciativas familiares.
- 3% por propia iniciativa.
- 1% fue derivado por una Corte como alternativa a la prisión.

La situación de esos clientes al 31/12/2004 era la siguiente:

- 9% de los clientes del 2004 tuvieron un alta programada (13% de todos los que abandonaron la comunidad terapéutica):
  - 86% de aquellos que tuvieron el alta médica fueron derivados a CAT.
  - 14% fueron derivados a otros tipos de centros de tratamientos de drogas.
- 61% abandonó sin alta médica (87% de los que abandonaron la comunidad)
  - De aquellos que abandonaron sin alta médica lo hicieron por pedido personal (57%), fueron expulsados (35%) o escaparon (2%).
  - 52% de estas situaciones ocurrieron después de un período de 3 meses y el 20% durante el primer mes.
  - El seguimiento fue posible en el 76% de aquellos cuyo abandono no estuvo programado de forma médica: el 80% fue derivado al CAT y el 9% a otros tipos de centros de tratamiento.
- 29% seguían su programa en la comunidad terapéutica.

En la misma fecha, aquellos que habían abandonado la comunidad con el alta médica programada seguían estando abstinentes (86%) para la droga principal, el 14% indicó que la usaban ocasionalmente. Aquellos que habían abandonado la comunidad sin el alta médica programada y de aquellos de quienes se tenía información disponible (52%), el 54% continuaba abstinentes para la droga principal, el 17% indicó que la usaba ocasionalmente y el 29% indicó que la usaban regularmente pero que seguían un programa de tratamiento.

Los datos del 2004 para las **unidades terapéuticas privadas** indican que cerca del 50% de los clientes fueron admitidos por primera vez en una comunidad terapéutica en el mismo año pero solo el 49% de los casos eran un proyecto terapéutico.

- 22% de los clientes fueron derivados a la comunidad después de 2 meses de seguimiento en centros de tratamiento ambulatorios.
- 17% después de un programa de desintoxicación en una unidad de desintoxicación.
- 10% después de seguimiento en hospital de día.

Del 51% de los clientes que no tenían proyecto terapéutico, el 18% no había estado en tratamiento previo.

En relación a las fuentes de derivación:

- La mayoría de esos clientes (33%) indicó haberse registrado en la comunidad por iniciativa propia.
- El 32% fue derivado por el terapeuta (21% por un terapeuta CAT, 8% por un terapeuta de otro servicio de tratamiento y un 3% por un terapeuta privado).
- 28% indicó haberse registrado por presiones o iniciativa de familiares.
- 4% fue derivado por la Corte como alternativa a la prisión.

La situación de esos clientes al 31/12/2004 era la siguiente:

- 28% de los clientes del 2004 habían tenido el alta médica programada (39% de todos los que dejaron la comunidad terapéutica):
  - 36% de aquellos con alta médica programada fueron derivados a departamentos a mitad de camino para proyectos de rehabilitación.
  - 6% fueron derivados a terapeutas privados.
  - 5% fueron derivados a CAT.
  - 3% fueron derivados a centros de día.
- 43% abandonó sin el alta médica (61% de aquellos que se fueron).
  - Aquellos que se fueron sin el alta médica lo hicieron por pedido propio (72%), fueron expulsados (14%) o escaparon (12%).
  - 39% de esas situaciones ocurrieron durante el primer mes y el 33% después de los 3 meses.
  - 43% de aquellos que se fueron sin el alta médica programada fueron derivados a CAT, 8% a terapeutas privados, 4% a otros servicios de tratamiento y el 4% a centros de día.
- 29% continuaba su programa en la comunidad terapéutica.

En la misma fecha, aquellos que habían abandonado la comunidad con el alta médica programada seguían estando abstinentes (81%) para la droga principal, el 8% indicó que la usaban regularmente pero que seguía un programa de tratamiento, el 6% la usaba regularmente pero no seguía ningún programa de tratamiento y el 10% solo ocasionalmente. Aquellos que habían abandonado la comunidad sin el alta médica programada, el 35% la usaba regularmente pero no seguía ningún tratamiento, el 33% indicó que continuaba abstinentes para la droga principal, el 21% la usaba regularmente y seguía un programa de tratamiento y el 9% indicó que la usaban ocasionalmente y el 2% había muerto.

En el 2004, como en el 2003, 54 **centros de tratamientos ambulatorios** se activaron en Portugal y 16 unidades de consulta se descentralizaron.

Se verificó un pequeño aumento del 2% (en comparación al 2003) en el número de **clientes activos en la red de tratamientos ambulatorios públicos** contrario a la disminución verificada en el 2002 y 2003.

En relación a las fuentes de derivación de clientes activos en tratamiento (30266 en 2004):

- 31% de los clientes se registró en el CAT por iniciativa propia.
- 29% se derivó a otros servicios de salud.
- 11% fueron referidos por amigos o familiares.
- 6% fue derivado por la Justicia Criminal.
- 5% por Servicios Sociales.

En el 2004, 374149 **los episodios de seguimiento** fueron reportados registrando un incremento del 4% en comparación al 2003 (355018).

Similarmente a lo registrado desde el 2000, el número de **episodios de primer tratamiento en la red pública ambulatoria** en el 2004 también disminuyó en comparación al 2003, representando el valor mas bajo registrado desde 1994.

En relacion a las fuentes de derivacion de clientes que demandaron tratamiento por primera vez:

- 33% se derivó a Servicios de Salud.
- 25% llegaron por iniciativa propia.
- 12% fueron referido por amigos o familiares.
- 8% fue derivado por la Justicia Criminal.
- 5% por Servicios Sociales.

Los **centros de día** publicos y privados también brindan cuidado ambulatorio en Portugal. En el 2004, 611 clientes se registraron en centros de día, tanto publicos (83) como privados (528), representando una leve disminución en comparación al 2003.

80% de Iso clientes de las **unidades publicas** nunca se habian registrado en un centro de día. La mayoría (98%) se registró después de 2 meses de seguimiento en centros ambulatorios, 1% después de programas de desintoxicacion y 1% después de un tratamiento en comunidades terapeuticas.

En relacion a las fuentes de derivación, todos estos clientes fueron derivados a un centro de día por un terapeuta CAT.

Al 31/12/2004 la situación de los clientes del 2004 era la siguiente:

- 40% de los clientes del 2003 tenían el alta medica (57% de todos los que se habian ido):
  - 64% de estos clientes estuvieron por menos de 6 meses.
  - 82% fueron deriavdos a CAT.
  - 15% fueron derivados a comunidades terapeuticas.
- 30% abandonó sin el alta medica (43% de todos los que se habian ido):
  - 88% abandonó el programa por requerimiento personal.
  - 8% fueron expulsados.
  - 52% de aquellos que se fueron sin alta médica lo hicieron durante el primer mes del programa y el 32% después de 3 meses.
  - Todos los clientes fueron derivados a CAT.
- El restante 30% seguía en el centro.

En los **centros de día privados**, el 75% de los clientes nunca se habia registrado en un centro de día. El 34% de los individuos se registro después de 2 meses de seguimiento en centros ambulatorios, 6% después de un programa de desintoxicacion y el 1% después de seguir un programa en una comunidad terapeutica. Para el restante 59% de los clientes, el entrar en un centro de día no fue resultado de un proyecto terapeutico y el 18% indicó que nunca habian seguido un programa de tratamiento anteriormente.

En relacion a las fuentes de derivación:

- La mayoría de esos clientes (40%) indicaron haberse registrado en el centro por presiones o iniciativa familiar.
- 28% por iniciativa propia.
- 26% fueron derivados por un terapeuta.
- 5% por la Corte como alternativa a la prision.

Al 31/12/2004 la situación de esos clientes era la siguiente:

- 33% de los clientes del 2003 tenía el alta medica (45% del total que se habia ido):
  - 68% de esos clientes habia estado por menos de 6 meses.
  - 58% fueron derivados a comunidades terapeuticas.
  - 9% fueron derivados a otro servicio de tratamiento.
  - 2% a departamentos a mitad de camino.
- 40% se fue sin alta medica programada (55% de todos los que se habian ido):

- 93% abandono el programa por requerimiento propio.
- 4% fueron expulsados.
- 47% de los que se habian ido sin el alta medica programada lo hicieron durante el primer mes del programa y el 20% después de los 3 meses.
- 35% de esos clientes de los que se dispone información (44%) fueron derivados a CAT, 5% a comunidades terapeuticas y el 4% a terapeutas privados.
- El restante 27% permanecio en el centro de dia.

En el area especifica del tratamiento orientado a la abstinencia en **contextos carcelarios**, en el 2004, habian 5 unidades libres de drogas en 5 prisiones con una capacidad total de 172 personas, una comunidad terapeutica con capacidad para 45 y casas a mitad de camino para 12.

216 reclusos estaban integrados a unidades libres de drogas y 67 en comunidades terapeuticas representando, respectivamente una variacion del -33% y +5% aumentando en comparacion al 2003 y +3% y 37% aumentando en comparación al 2002. 14 clientes se registraron en casas a mitad de camino, representando una pequeña disminucion en comparación al 2003 (17 clientes).

### 3. Tratamientos asistidos de forma medica

Los **tratamientos de abandono/abstinencia** estan disponibles principalmente en unidades de desintoxicacion públicas y privadas. En el 2003 habian 14 unidades (5 publicas y 9 privadas) en Portugal. En comparación con el 2003 habia 1 unidad menos (privada). En el 2004 se registraron mas clientes en comparación al 2003 (1%+).

Tanto las unidades públicas como las privadas reportaron como principales derivaciones, motivaciones y objetivos principal lo siguiente:

En unidad publicas:

- Motivos:
  - 92% queria alcanzar la desintoxicacion de 1 o mas sustancias ilicias.
  - 8% indicó otras razones incluyendo problemas de comorbilidad y programas de sustancias.
- Objetivos:
  - 61% queria comenzar un tratamiento de sustitución.
  - 16% queria entrar a una comunidad terapeutica.
  - 12% queria detener sus problemas con las drogas.
  - 9% queria alcanzar la abstinencia de sustancias ilicitas, agonistas y antagonistas.
- En unidades privadas:
  - 55% queria comenzar un programa de sustitución.
  - 31% queria entrar a una comunidad terapeutica.
  - 8% queria alcanzar la abstinencia de sustancias ilicitas, agonistas y antagonistas.
  - 4% queria detener el uso problemático de drogas.

Al 31/12/2004, la situación de los clientes era la siguiente:

En unidades publicas:

- 80% de los clientes del 2004 tenian el alta medica programada.
- 20% se habia ido sin el alta medica programada:
  - 80% abandono el programa por requerimiento propio.
  - 19% fueron expulsados.

En unidades privadas:

- 76% de los clientes del 2004 tenian el alta medica programada.
- 23% se fue sin el alta medica programada:
- 1% continuaba en el programa.

En el 2004 el numero de clientes en **programas de sustitución y mantenimiento** representaban cerca del 64% del total de los clientes activos en la red de tratamiento ambulatoria publica, un aumento en comparación a años anteriores.

19.260 clientes se registraron en estos programas en el 2004 que además, representó un incremento del 14% en comparación al 2003.

5.037 casos fueron admisiones nuevas y 4.679 dejaron el programa durante el año, 25% con alta médica.

Una encuesta que se realiza cada 31 de Diciembre permitió diferenciar en términos de sustancias involucradas en este tipo de tratamiento.

Al 31/12/2004 habían 14.581 clientes en la red de tratamientos ambulatorios públicos en programas de sustitución, representando un incremento del 17%, 20%, 42%, 75%, en comparación a la misma fecha en el 2003, 2002, 2001 y 2000, respectivamente.

- 72% se registraron en programas con metadona.
- 28% en programas con buprenorfina.

En comparación a la misma fecha del 2003, un incremento del 7% se registró en el número de clientes en programas con metadona y un aumento significativo (+51%) para tratamientos con buprenorfina.

En relación al lugar de administración para los clientes registrados en los programas con metadona, al 31/12/2004:

- 68% de estos clientes tomaron metadona en CATs.
- 19% en Centros de Salud.
- 4% en contextos carcelarios.
- 3% en farmacias, y
- 3% en otros lugares.

El tratamiento de sustitución también está disponible en contextos carcelarios. El Directorio de Prisiones implementó su propio programa de tratamiento de sustitución que, en el 2004, incluía a 410 individuos.