
MANUAL DE CALIDAD PARA UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL EN CANTABRIA

Esther García Usieto
Silvia Mendieta Caviedes

**Curso on-line de:
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN CLÍNICA EN SALUD MENTAL**

Índice

1	INTRODUCCIÓN.....	5
2	ANTECEDENTES	7
3	PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL	8
3.1	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	8
3.1.1	<i>Manual</i>	8
3.1.2	<i>Procedimientos documentados.....</i>	10
3.1.3	<i>Protocolos</i>	10
3.1.4	<i>Responsabilidad de la Dirección</i>	10
3.1.5	<i>Identificación y trazabilidad</i>	13
3.1.6	<i>Medida, análisis y mejora.....</i>	13
4	PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL.....	15
4.1	CONTEXTO	15
4.2	DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL	16
4.2.1	<i>Funciones de la Unidad de Patología Dual (UPD).....</i>	17
4.2.2	<i>Objetivos de la Unidad de Patología Dual</i>	20
4.2.3	<i>Organización y funcionamiento de la Unidad de Patología Dual</i>	21
4.2.4	<i>El proceso terapéutico</i>	21
4.2.5	<i>Equipo.....</i>	22
5	PROCEDIMIENTOS.....	23
5.1	DERECHOS Y DEBERES.....	23
5.1.1	<i>Derechos de los clientes</i>	23
5.1.2	<i>Deberes de los clientes.....</i>	24
5.1.3	<i>Contrato terapéutico</i>	25
5.2	PROCEDIMIENTO DE INGRESO	25
5.2.1	<i>Población usuaria del recurso</i>	25
5.2.2	<i>Criterios de inclusión.....</i>	26
5.2.3	<i>Vías de acceso.....</i>	26
5.2.4	<i>Metodología</i>	27
5.3	PROCEDIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	29
5.3.1	<i>Historia clínica</i>	29
5.3.2	<i>Hoja de registro de citas</i>	30
5.3.3	<i>Ficha de información.....</i>	30
5.3.4	<i>Identificación y filiación</i>	30
5.3.5	<i>Historia médica.....</i>	31
5.3.6	<i>Historia psicológica.....</i>	31
5.3.7	<i>Historia toxicológica.....</i>	32
5.3.8	<i>Historia psiquiátrica</i>	32
5.3.9	<i>Historia socioeducativa</i>	33
5.3.10	<i>Plan terapéutico individual.....</i>	34
5.3.11	<i>Contrato terapéutico</i>	35
5.3.12	<i>Otra documentación.....</i>	35

5.3.13	<i>Informe de cierre de episodio de historia</i>	35
5.4	PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL	35
5.4.1	<i>Fases del proceso terapéutico</i>	35
5.4.2	<i>Plan terapéutico</i>	37
5.4.3	<i>Intervenciones terapéuticas</i>	39
5.5	PROCEDIMIENTO DE REINSERCIÓN.....	42
5.5.1	<i>Funciones</i>	42
5.5.2	<i>Objetivos</i>	42
5.5.3	<i>Vías de acceso</i>	42
5.5.4	<i>Recursos existentes</i>	43
5.5.5	<i>Plan de actuación</i>	43
6	PROTOCOLOS	44
6.1	PROTOCOLO DE DESINTOXICACIÓN RESIDENCIAL	44
6.1.1	<i>Definición</i>	44
6.1.2	<i>Población diana</i>	44
6.1.3	<i>Actividad a realizar</i>	45
6.1.4	<i>Recogida de información específica</i>	45
6.1.5	<i>Plan de actuación</i>	46
6.1.6	<i>Recursos necesarios</i>	47
6.1.7	<i>Organización y funcionamiento</i>	48
6.1.8	<i>Sistema de registro</i>	48
6.1.9	<i>Evaluación del protocolo</i>	48
6.2	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO RESIDENCIAL	48
6.2.1	<i>Definición</i>	48
6.2.2	<i>Población diana</i>	49
6.2.3	<i>Actividad a realizar</i>	49
6.2.4	<i>Recogida de información específica</i>	49
6.2.5	<i>Plan de actuación</i>	50
6.2.6	<i>Recursos necesarios</i>	50
6.2.7	<i>Organización y funcionamiento</i>	50
6.2.8	<i>Sistema de registro</i>	51
6.2.9	<i>Evaluación del protocolo</i>	51
6.3	TERAPIA DE APOYO INDIVIDUAL	51
6.3.1	<i>Definición</i>	51
6.3.2	<i>Población diana</i>	51
6.4	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL	54
6.4.1	<i>Definición</i>	54
6.4.2	<i>Población diana</i>	54
6.4.3	<i>Actividad a realizar</i>	55
6.4.4	<i>Recogida de información específica</i>	55
6.4.5	<i>Plan de actuación</i>	55
6.4.6	<i>Participación del usuario</i>	56
6.4.7	<i>Recursos necesarios</i>	56
6.4.8	<i>Organización y funcionamiento</i>	56
6.4.9	<i>Sistema de registro</i>	57
6.5	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN RÉGIMEN RESIDENCIAL.....	57
6.5.1	<i>Definición</i>	57
6.5.2	<i>Población diana</i>	57
6.5.3	<i>Actividad a realizar</i>	58

6.5.4	<i>Recogida de información específica</i>	58
6.5.5	<i>Plan de actuación</i>	58
6.5.6	<i>Participación del usuario</i>	59
6.5.7	<i>Recursos necesarios</i>	59
6.5.8	<i>Organización y funcionamiento</i>	60
6.5.9	<i>Sistema de registro</i>	60
6.5.10	<i>Evaluación del protocolo</i>	60
6.6	INCORPORACIÓN SOCIAL EN EL CENTRO TERAPÉUTICO.....	61
6.6.1	<i>Definición</i>	61
6.6.2	<i>Población diana</i>	61
6.6.3	<i>Actividad a realizar</i>	62
6.6.4	<i>Recogida de información específica</i>	62
6.6.5	<i>Plan de actuación</i>	62
6.6.6	<i>Recursos necesarios</i>	63
6.6.7	<i>Organización y funcionamiento</i>	63
6.6.8	<i>Sistema de registro</i>	63
6.6.9	<i>Evaluación del protocolo</i>	63
6.7	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE ALTAS DEL CENTRO RESIDENCIAL.....	64
6.7.1	<i>Definición</i>	64
6.7.2	<i>Población diana</i>	64
6.7.3	<i>Seguimiento médico</i>	65
6.7.4	<i>Actividad a realizar</i>	66
6.7.5	<i>Recogida de información específica</i>	66
6.7.6	<i>Plan de actuación</i>	66
6.7.7	<i>Recursos necesarios</i>	70
6.7.8	<i>Organización y funcionamiento</i>	71
6.7.9	<i>Sistema de registro</i>	72
6.7.10	<i>Evaluación del protocolo</i>	72
7	SISTEMA DE EVALUACIÓN	73
7.1	CONTROL DE PROCESOS.....	73
7.1.1	<i>Seguimiento y medición de los procesos</i>	73
7.2	CONTROL DE RESULTADOS	74
7.2.1	<i>Análisis de datos</i>	74
7.2.2	<i>Control del servicio no conforme</i>	74
7.3	AUDITORIA INTERNA	80
7.4	MEJORA CONTINUA	80
8	BIBLIOGRAFÍA	82

1 Introducción

El establecimiento de cualquier Sistema de Gestión de la Calidad en Drogodependencias, como en cualquier área del sector socio-sanitario, implica una filosofía previa de mejora continua de la calidad.

En consecuencia, la eficacia en la gestión de los recursos y la calidad del servicio prestado son dos referencias que se deben tener presentes dentro de una política de compromiso de mejora continua, ya que resulta cada vez más evidente la necesidad de mejorar los servicios de salud y la necesidad de desarrollar métodos, técnicas y actividades para asegurarnos de que la calidad no se daña sino que, en la medida de lo posible, mejora.

La estrategia para la mejora de la calidad que hemos adoptado se fundamenta en procesos de evaluación de la asistencia prestada con el objetivo de detectar e identificar problemas y oportunidades de mejora y, por supuesto, en el posterior diseño y puesta en marcha de medidas correctoras.

Entre los motivos que han llevado al Plan Regional sobre Drogas, dependencia administrativa a la que pertenece la Unidad de Patología Dual, a implantar un sistema de aseguramiento de la calidad destacan:

- Introducir la calidad como herramienta de gestión
- Contar con una referencia para poder comparar la gestión del servicio dado y poder detectar sus desviaciones
- Medir la calidad del servicio estableciendo indicadores de la calidad
- Proyectar los indicadores de la calidad de cada uno de los procesos hacia el servicio percibido por nuestros usuarios, mejorando el grado de satisfacción de los mismos
- Actuar como integrador de las personas, la tecnología y la organización, optimizando el aprovechamiento de todos los recursos
- Implicar a todos los recursos y profesionales

- Establecer unos objetivos de la calidad de servicio como elemento de compromiso e involucrar a todo el personal de la organización en su consecución, lo que hará que redunde en una mayor satisfacción del mismo.

2 Antecedentes

Históricamente los servicios de atención a las drogodependencias y las unidades de salud mental pertenecían a redes distintas, produciéndose una discontinuidad en la atención y cuidados para los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y adictiva.

Por un lado, según el artículo 29 de la Ley 5/1.997 de Cantabria, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de drogodependencias, se define el Plan Regional Sobre Drogas como el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se llevan a cabo en Cantabria.

Por otro lado, la asistencia psiquiátrica está organizada en torno a cuatro áreas de salud, conforme a la sectorización recogida en el Plan de Salud de Cantabria. Las competencias del Servicio Regional de Salud Mental de Cantabria vienen reguladas en la ley de Salud Mental de Cantabria de 1996.

Desde la elaboración del primer Plan de Salud Mental de Cantabria de 1998 se decidió apostar por el desarrollo de un modelo comunitario de atención a los problemas de salud mental en nuestra comunidad.

Desde el año 2002, se unifica la actividad asistencial de los problemas relacionados con las drogas con los recursos de salud mental.

3 Plan de Gestión de la Calidad de la Unidad de Patología Dual

3.1 Sistema de Gestión de la Calidad

El sistema de la calidad es un instrumento de gestión que integra procesos, define responsabilidades y procedimientos y establece los recursos que se consideran necesarios para la eficacia del sistema, integrándolos coherentemente y de forma coordinada con el propósito de obtener la optimización de los mismos y la máxima satisfacción propia y la del cliente.

La documentación del sistema de la calidad queda definida por:

- Manual de la calidad
- Procedimientos documentados
- Protocolos

3.1.1 Manual

El manual de la Calidad es el documento que describe el conjunto del sistema de gestión de la calidad, sus procesos y las interrelaciones entre los mismos, así como las líneas directrices de la calidad, mediante la definición de lo que se debe hacer y por quién.

Su objeto es normalizar los procedimientos de actuación y evitar las indefiniciones e improvisaciones que pudieran dar lugar posteriormente a problemas o deficiencias en la prestación de cada servicio.

El objeto de este Manual es establecer y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad que satisfaga los requisitos de la Norma ISO 9000.

3.1.1.1 Objetivo General

Su objetivo general es proponer un modelo de funcionamiento de una organización de prestación de servicios socio-sanitarios, proporcionando herramientas útiles para su gestión y organización cotidiana.

3.1.1.2 Objetivos Específicos

El Manual detalla estrategias y aspectos específicos que facilitan que dicho sistema de organización:

- Garantice actuaciones unificadas en la intervención, por parte de todos los profesionales evitando que los clientes reciban un trato desigual, en función del profesional que les atiende.
- Posibilite la recogida sistemática, unificada y continuada de datos relevantes para la atención de todos los clientes, de manera que sea de fácil acceso para cualquier profesional que solicite dicha información.
- Establezca los canales de comunicación adecuados, para el intercambio de información, de manera fácil y rápida, entre los profesionales
- Proporcione una sistemática de reuniones de equipo, eficaz y eficiente.
- Permita la distribución del trabajo entre los distintos profesionales.
- Incluya una evaluación del propio funcionamiento del servicio.

Este Manual persigue una triple función:

- Ser una guía útil para la toma de decisiones.
- En principio, cualquier duda a la hora de actuar con un cliente, ha de poder ser resuelta a través de esta documentación.
- Permitir el control de la información por parte de todos los profesionales.
- Definir el control y tratamiento de no conformidades y reclamaciones y la aplicación de acciones correctivas para evitar su repetición.

El contenido del manual se desarrolla en detalle en los manuales de procedimientos y de protocolos cuyos documentos soportan el sistema de gestión basado en la política de calidad de la organización.

3.1.2 Procedimientos documentados

Los Procedimientos son documentos complementarios del Manual en los que se describe con el nivel de detalle necesario en cada caso, quién, cómo, dónde, para qué y con qué debe realizarse una determinada actividad.

Su objeto es normalizar los procedimientos de actuación y evitar las indefiniciones e improvisaciones que pudieran dar lugar posteriormente a problemas o deficiencias en la prestación de cada servicio.

3.1.3 Protocolos

Son documentos complementarios a los Procedimientos Documentados y concretan su aplicación a una actividad en particular.

Mientras que los Procedimientos documentados tienen un carácter organizativo y funcional, los Protocolos tienen un carácter eminentemente técnico.

3.1.4 Responsabilidad de la Dirección

La responsabilidad determina el compromiso por parte de la dirección para establecer una adecuada política de la calidad, objetivos mesurables, responsabilidades, así como las revisiones de todas las actividades relacionadas con la calidad.

La dirección asegura que se determina, comprende y cumple con los requisitos del cliente y los requisitos legales y reglamentarios conocidos a través de:

- Estudios de población
- Estrategia Nacional sobre Drogas
- Estrategia Regional sobre Drogas

3.1.4.1 Política de la Calidad

El Plan Regional sobre Drogas, como coordinador de las actuaciones en materia de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Cantabria, es también dentro del Gobierno de Cantabria el principal proveedor de actuaciones en el ámbito de la prevención y de la atención a drogodependientes. Tiene como objetivo de su actuación asegurar que sus servicios sean:

- Accesibles: cualquier cliente puede obtener los servicios que precise en el momento y en el lugar que los necesite.

- Universales: todos los ciudadanos tienen derecho a las prestaciones del servicio, cualquiera que sea su condición.
- Eficaces: la prestación de los servicios de prevención y asistencia tienen que incrementar realmente el nivel de salud de los usuarios.
- Eficientes: los resultados obtenidos en la prestación del servicio son los mejores posibles teniendo en cuenta los recursos puestos a disposición del servicio.

Estos objetivos se alcanzan a través de:

- El compromiso de la Dirección por cumplir con los requisitos y mejorar la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- El incremento en el conocimiento de las necesidades de los ciudadanos.
- La cooperación, comunicación y entendimiento entre todos los implicados en la prestación del servicio.
- La creación del marco necesario para conseguir que todos los empleados y colaboradores de la organización asuman que son responsables de la Calidad de su propio trabajo, y así reducir los errores y fallos en beneficio de los clientes.
- El establecimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad documentado, conocido y comprendido por todo el personal y de obligado cumplimiento dentro de la organización.

La Dirección del Plan Regional sobre Drogas asegura mediante las oportunas revisiones del Sistema de Gestión de la Calidad, que éste se mantiene adaptado en todo momento al entorno en el que opera el servicio. La revisión se realiza al menos con una periodicidad anual.

Como complemento de la revisión anual del Sistema, se establecen objetivos anuales cuantificables para toda la organización, cuyo seguimiento forma parte integrante de dicha revisión.

3.1.4.2 Planificación

La Dirección establece y asegura los objetivos cuantificables de la calidad necesarios para cumplir con los requisitos del servicio en los niveles de exigencia del Plan Regional sobre Drogas, a la vez que coherentes con su política de calidad.

Los objetivos de la calidad se revisan y modifican anualmente.

Los objetivos se fijan teniendo en cuenta:

- Las necesidades actuales y futuras de la organización y la sociedad en la que se actúa
- El desempeño actual de los servicios y procesos
- Los niveles de satisfacción de los clientes
- Los recursos necesarios par cumplir los objetivos

3.1.4.3 Revisión por la Dirección

El Director, como máximo responsable de la Gestión de la Calidad, revisa el Sistema una vez al año como mínimo, a fin de comprobar la continua idoneidad y eficacia del sistema a la hora de cumplir la norma, la política de calidad de la organización y sus objetivos, dejando constancia documental de dicha revisión a través de los registros de las revisiones.

3.1.4.3.1 Información para la revisión

La revisión se lleva a cabo mediante el análisis de los datos existentes, e informes realizados por los responsables correspondientes, respecto a:

- Desempeño de los procesos
- No conformidades.
- Acciones correctivas.
- Acciones preventivas.
- Reclamaciones de los clientes.
- Auditorías internas.
- Formación del personal.
- Seguimiento de revisiones previas
- Cambios que podrían afectar al sistema de Gestión de la Calidad
- Retroinformación del cliente
- Recomendaciones de mejora

De todas las revisiones se guardan registros documentados que analizan el grado de implantación y eficacia del Sistema de la Calidad. En caso necesario se plantean y ejecutan las acciones preventivas/correctivas necesarias.

3.1.4.3.2 Resultados de la revisión

Los resultados de la revisión por la Dirección incluyen las acciones siguientes:

- Identificar las oportunidades de mejora del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos.
- Tener presente que las necesidades y expectativas el cliente pueden variar, de forma que nuestra organización debe identificar los nuevos requisitos del cliente y establecer acciones para satisfacerlos
- Garantizar los recursos necesarios para el funcionamiento y la mejora continua del sistema de Gestión de la Calidad.

3.1.5 Identificación y trazabilidad

La identificación y trazabilidad del servicio prestado se hace mediante la identificación en historia clínica o expediente, procediendo a su apertura en el primer contacto que se establece con el cliente.

El documento de historia clínica recoge toda la información clínica esencial desde la perspectiva clínica, psicológica, social y toxicológica, además de los aspectos relacionales y de comportamiento.

La Unidad de Patología Dual es responsable de la custodia de las historias clínicas y expedientes de sus clientes. Los profesionales están sujetos al secreto profesional previsto por legislación vigente y a los respectivos códigos deontológicos. Los datos informáticos están asimismo protegidos.

3.1.6 Medida, análisis y mejora

A través de las fuentes de información empleadas por el Plan Regional Sobre Drogas se obtienen y analizan datos relativos a la percepción de cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos y a su grado de satisfacción.

Las fuentes de información incluyen:

- Reclamaciones de los clientes

- Encuestas de población
- Comunicación directa
- Información de garantía
- Cuestionarios de satisfacción
- Actas del Consejo Asesor de Drogas
- Actas del Consejo Regional de Acción Social

4 Presentación de la Unidad de Patología Dual

4.1 Contexto

El Plan Regional sobre Drogas elabora y desarrolla la planificación y ordenación en el ámbito de la prevención y atención de las drogodependencias, y de la incorporación social del usuario de drogas. Además es el marco legal de referencia para el establecimiento de la cooperación entre las instituciones públicas y privadas, e iniciativa social en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Desde el año 1999, el Plan Regional sobre Drogas se acoge al Sistema de Aseguramiento de la Calidad, obteniendo la certificación ISO 9002:1999.

El Plan Regional sobre Drogas está definido como el conjunto de actuaciones y actividades destinadas a:

- La prevención: conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas asociadas, con la finalidad de evitar que:
 - estas se produzcan,
 - retrasar el inicio o
 - que no se conviertan en un problema para la persona y su entorno.
- La asistencia: conjunto de actividades terapéuticas de desintoxicación, deshabitación y tratamiento farmacológico, psicológico y social de la dependencia así como de los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

- La incorporación social, que incluye todas las actuaciones destinadas a la progresiva integración del usuario en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma.

La Unidad de Patología Dual, cumpliendo uno de los objetivos del Real Decreto 1911/99 que aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas, se integra, con el resto de estructuras sanitarias, a la red pública del Servicio Cántabro de Salud. Dicho recurso específico permite la atención de aquellos pacientes que presentan dependencia(s) a sustancia(s) y patología psiquiátrica, con déficits crónicos en las capacidades sociales y educacionales.

La Unidad de Patología Dual forma parte de la red de salud mental en la que ocupa un nivel altamente especializado y se alimenta de casos generalmente derivados desde un segundo nivel, bien desde los centros de salud mental o desde los centros ambulatorios de atención a las conductas adictivas, pero también desde las unidades hospitalarias tanto de desintoxicación como de psiquiatría general. La integración con la red social ha de mantenerse, incluso enriquecerse siempre que sea posible, a lo largo del tratamiento con diversas redes: familiar, social, laboral, sanitaria...

4.2 Descripción de la Unidad de Patología Dual

En este centro se dispensa un tratamiento integral y multidisciplinario de las dependencia(s) a sustancia(s) con comorbilidad psiquiátrica desde una perspectiva eminentemente psicoeducativa facilitando al paciente la posibilidad de aprender un nuevo estilo de vida ligado a la abstinencia. Buscando cumplir estos objetivos se conjugan actividades clínicas y psicoeducativas que se inician con la evaluación del caso y finalizan con la reinserción psicosocial del paciente, ofreciendo una amplia gama de intervenciones terapéuticas adaptadas a cada caso específicamente.

Este tipo de tratamiento se plantea como un proceso lento y complejo de aprendizaje psicosocial enfocado hacia la adquisición de hábitos más ajustados y sobre todo un mayor conocimiento de sí mismo y de su enfermedad (Comas 1988; De Leon et al. 1999; Kennard 1998). En este marco el paciente va a exponerse a situaciones problemáticas similares a las que propiciaron su ingreso repitiéndose las mismas dificultades que experimentaba en su entorno habitual pero esta vez, en un ambiente protegido con la posibilidad de aprender nuevas pautas de respuesta guiado por el equipo de profesionales, apoyado por el grupo de iguales, observando sus propias vivencias, se va a facilitar así, el análisis de sus conductas a través de la introspección. Asimismo se va a

ver implicado progresivamente en un régimen de responsabilidades crecientes que le permiten retomar actividades y roles abandonados, disfrutando simultáneamente de la recuperación de su autoestima. El régimen residencial de la Unidad de Patología Dual constituye por tanto un lugar propicio para experimentar, explorar y expresar sentimientos y conductas en el que necesariamente van a surgir conflictos, vínculos y situaciones susceptibles de reflexión y análisis, tanto por parte del sujeto como de los compañeros y de los terapeutas. El objetivo principal del tratamiento va por tanto más allá del logro y mantenimiento de la abstinencia y se propone lograr una escalada de cambios sucesivos hacia estilos de enfrentar los problemas más sanos y más adaptados. Además se pretende mediante una serie de actividades complementarias facilitar etapas de aprendizaje social y psicológico que incluyen objetivos específicos a través de la modificación de conducta y actitudes.

4.2.1 Funciones de la Unidad de Patología Dual (UPD)

La UPD tiene asignadas las siguientes funciones que se clasifican en: clínicas, docentes e investigadoras.

4.2.1.1 Clínicas

Las funciones principales de la UPD son las de asistencia a los drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica y a sus familias, y se concretan en:

4.2.1.1.1 Información - orientación.

Se proporciona información objetiva dirigida a individuos, familias, organismos y entidades, sobre las alternativas terapéuticas.

Se facilita también toda la información complementaria requerida y prestan atención informativa a las demandas puntuales que son planteadas.

4.2.1.1.2 Valoración

Evaluación, diagnóstico e indicación terapéutica de las personas que solicitan tratamiento y que son susceptibles de tratamiento en el propio centro o que, en el caso de no serlo son remitidas a otros recursos.

4.2.1.1.3 Tratamiento

Se administra tratamiento específico para las drogodependencias con comorbilidad psiquiátrica, que se caracteriza por ser:

- individualizado, según las características propias de cada caso.
- integral, abordaje entendido desde un punto de vista bio-psico-social.

Las funciones clínicas de tratamiento comprenden:

- valoración.
- desintoxicación.
- tratamientos farmacológicos.
- tratamientos psicoterapéuticos.
- tratamientos grupales.

4.2.1.2 Docentes

Estas funciones tienen una doble vertiente: interna y externa

4.2.1.2.1 Docencia interna

Programas de formación continuada de su personal, bien a través de la formación interna (sesiones clínicas, seminarios, etc.), o bien a través de agentes externos.

4.2.1.2.2 Docencia externa

Capacidad docente a través de:

- prácticas de alumnos universitarios de facultades o escuelas, que se establezcan mediante convenio.
- formación en drogodependencia de profesionales, mediante:
 - Realización de cursos-seminarios.
 - Colaboración con otros servicios y entidades.
 - Realización de prácticas en el centro.

La UPD puede realizar actividades docentes puntuales (conferencias, participación en mesas redondas, etc.) en los casos en que les sean requeridas.

La responsabilidad de decidir la presentación de una oferta para la prestación de un servicio de formación recae en el Director del Plan Regional sobre Dro-

gas, y puede estar originada por una petición de oferta anterior o por decisión propia. El Director elabora y aprueba las ofertas relativas a servicios formativos para los organismos que se hubiera decidido (universidades, entidades públicas, empresas, etc.).

En el caso de modificaciones en las ofertas que sean solicitadas por el cliente, éstas son revisadas y aprobadas por el Director.

4.2.1.3 Investigadoras

Esta actividad se lleva a cabo de acuerdo a:

- Los objetivos enmarcados en el Plan Regional sobre Drogas
- Líneas de investigación que se propongan desde el Plan Nacional sobre Drogas.
- A la iniciativa de los profesionales a partir de las necesidades que surjan en el ejercicio profesional.

Los proyectos de investigación han de ser aprobados por la dirección del Plan Regional sobre Drogas. Cada proyecto de investigación tiene un responsable que adecua su tiempo de dedicación a dichas actividades a las necesidades asistenciales de su unidad.

Las actividades de investigación, se revisan anualmente en función de los objetivos, necesidades y demandas de la UPD. Las líneas de investigación prioritarias, se realizan en función de los objetivos asistenciales. En cualquier caso, toda actividad de investigación mantiene el objetivo final de garantizar el beneficio público y el respeto de la ética profesional y humana.

La evolución o seguimiento de las actividades corre a cargo del responsable encomendado del proyecto. La evaluación de los proyectos realizados se efectúa conforme Protocolos diseñados al efecto.

Estas actividades se desarrollan en horario laboral y en ocasiones fuera del mismo, si tales actividades son financiadas desde distintos organismos o instituciones locales, nacionales e internacionales.

4.2.1.4 Administrativas

Son las siguientes:

- Cumplimentación de los Protocolos del sistema de información.

- Cumplimentación de las historias clínicas.
- Elaboración de informes.
- Elaboración de la memoria
- Relación de actividades.
- Cumplimentación del sistema de información del Plan Regional sobre Drogas
- Todas aquellas que no habiendo sido señaladas, están incluidas en la “Ley de Procedimiento Administrativo Común”.

4.2.2 Objetivos de la Unidad de Patología Dual

El tratamiento es de alta contención, en régimen residencial, y con un enfoque cognitivo-conductual, partiendo de la premisa básica de que el centro no es un fin en sí mismo, sino que es un medio, de duración limitada, en el que se pretende facilitar la integración y reintegración de la persona drogodependiente a la vida social, familiar y laboral.

Se pretende, mediante una serie de intervenciones y actividades complementarias, que la persona adquiera las estrategias necesarias que la capaciten para el proceso de reincorporación y rehabilitación personal más adecuado. De esta forma la persona drogodependiente dispone de los medios necesarios para aprender a vivir sin drogas, desarrollar sus capacidades y relacionarse positivamente con el entorno.

Existen una serie de objetivos generales a conseguir durante el tratamiento:

- Facilitar una abstinencia mantenida y despertar el interés por un nuevo estilo de vida.
- Poner en marcha un proceso de maduración personal y social.
- Propiciar un cambio de valores y modificar conductas desadaptadas.
- Motivar nuevos intereses laborales, culturales, deportivos, etc.

4.2.3 Organización y funcionamiento de la Unidad de Patología Dual

El programa asistencial que se lleva a cabo en e la UPD es integral, bio-psicosocial y dirigido a lograr la abstinencia.

La UPD es un espacio terapéutico en el cual las actividades que se realizan a lo largo del día tienen un fin educativo y socializador; actividades y programas que ayudan a conseguir los objetivos generales. Para conseguir estos objetivos, y teniendo en cuenta que el tiempo de estancia viene limitado por el programa de tratamiento, la persona va pasando por diferentes fases.

El tiempo de estancia de los clientes de la UPD está limitado por las diferentes fases de tratamiento. Para ello, se marcan unas fechas de cambio de fase en las cuales se realiza la evaluación del cliente por los profesionales correspondientes en cada una de ellas. En esta evaluación se valora si el cliente ha conseguido los objetivos planificados, o si es necesario prolongar esta fase durante un periodo corto de tiempo para consolidar los objetivos propuestos.

4.2.4 El proceso terapéutico

Hoy en día resulta inaceptable no disponer de un método de trabajo diseñado y articulado en torno a protocolos que constituyen un marco general de referencia para la elaboración y planificación de las múltiples intervenciones que trazan conjuntamente el proceso terapéutico, estableciendo unas líneas generales comunes a todos los casos pero estructurando también las bases sobre las que programar los diversos planes individuales.

En la actualidad, la literatura reconoce y apoya la orientación cognitivo-conductual en un contexto de aplicación ecléctico (Cabrera Forneiro 1998;Solomon, Zimberg, & Shollar 1996). Desde el punto de vista de los profesionales, y para poder aplicar y rentabilizar las intervenciones con la máxima eficacia, tienen que quedar bien definidos y delimitadas los roles y las tareas específicas de cada área técnica. En el mismo sentido conviene perfilar las tareas generales y comunes a todas las áreas e intentar fomentar actividades de equipo que vienen facilitadas cuando pueden cristalizar en torno a una historia clínica multidisciplinar común.

La asistencia de los casos se estructura en base a episodios que se inician con la solicitud del ingreso y se cierran con el alta. Al inicio de cada episodio, en cuanto el sujeto tiene información y capacidad suficiente para comprometerse, se firma un contrato terapéutico que implica tanto al paciente como a los profesionales.

Respecto a las normas de convivencia vienen delimitadas en un reglamento de régimen interno que ha de ser conocido y respetado por todos los miembros del centro.

4.2.5 Equipo

Al entender la enfermedad como un fenómeno biopsicosocial el equipo necesariamente ha de ser multidisciplinar con presencia de psiquiatra, médico general, psicólogo, enfermera, trabajador social, educador social, terapeuta ocupacional, auxiliar de clínica, celador, auxiliar administrativo y personal de seguridad con tareas específicas y coordinadas. Estos profesionales precisan un elevado nivel de cualificación y especialización en los campos de la enfermedad mental y la drogadicción. Además, a nivel personal, los profesionales se exponen a las constantes exigencias del trabajo en equipo suponiendo una actitud abierta al diálogo, capacidad para mostrarse a la vez flexible y rígido en sus planteamientos y, respetando y velando siempre por la cohesión del equipo. Además el manejo de los trastornos duales exige una mayor atención a las diferencias individuales; reafirmación positiva, mayor énfasis en el entrenamiento, enseñanza, instrucción, menor en encuentro, confrontación, cumplimiento de reglas, tolerancia a las diferencias individuales (De Leon, Sacks, Staines, & McKendrick 1999).

5 Procedimientos

5.1 Derechos y deberes

5.1.1 Derechos de los clientes

Los ciudadanos acogidos al ámbito de la Ley de Cantabria 5/1.997, de 6 de octubre, de “Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias”, en su consideración de enfermos, disfrutan de todos los derechos recogidos en el ordenamiento jurídico vigente para los clientes de los servicios sanitarios, socio-sanitarios y sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, mereciendo particular atención los siguientes derechos:

1. Información sobre los servicios a los que puede acceder y requisitos y exigencias que plantea su tratamiento. Así como a que se le solicite el consentimiento informado al inicio del mismo.
2. Gratuidad de la asistencia, dentro del sistema sanitario público, de los servicios sociales en general y de los centros privados concertados, con las excepciones que se pudieran determinar reglamentariamente.
3. Recibir un tratamiento adecuado, prestado por centro y servicio acreditado.
4. Igualdad de acceso a los dispositivos asistenciales y respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por ninguna causa.
5. Voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento, excepto en los casos señalados en la legislación vigente.
6. Confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en cualquier dispositivo asistencial de Cantabria.
7. Información completa y gratuita, comprensible y continuada, verbal y escrita, sobre el proceso de tratamiento que esté siguiendo.

8. Que se le extienda certificación gratuita acreditativa sobre su situación, así como sobre el tratamiento que haya seguido (Informe de alta) o esté siguiendo.
9. Que quede constancia por escrito, o en soporte técnico adecuado, todo su proceso asistencial. Si el soporte es informático ha de estar sujeto a las disposiciones reguladoras que garanticen la confidencialidad de los datos y el uso de los mismos, siéndole solicitada la preceptiva autorización.
10. Ser informado en el caso de que se le piense incluir en algún tipo de estudio e investigación, recibir explicación detallada sobre los propósitos del mismo, y saber en qué consiste exactamente su participación. Debe de saber que si acepta deberá otorgar por escrito la debida autorización y que puede negarse, garantizándole que su negativa no implica ningún tipo de discriminación por lo que respecta a su asistencia.
11. Libre elección entre las opciones de tratamiento indicadas por el profesional y la negativa a determinadas alternativas terapéuticas.
12. Conocer el nombre y el estamento profesional de las personas encargadas de su asistencia, que deben estar debidamente identificadas.
13. Saber quienes son las persona, unidades o servicios a las que puede dirigirse para preguntar o plantear cuestiones o quejas, aún sobre asuntos no estrictamente clínicos.
14. Conocer la normativa del centro o institución, en lo referente a todos aquellos aspectos que pudieran afectarle.
15. Conocer con exactitud los mecanismos y vías para formular las quejas y reclamaciones pertinentes, y que éstas sean respondidas en el mínimo tiempo posible.

5.1.2 Deberes de los clientes

El cliente del sistema de atención e incorporación social del drogodependiente está obligado a observar los siguientes deberes:

1. Cumplir todas las especificaciones e indicaciones, voluntariamente aceptadas, que a lo largo del programa de tratamiento se le indiquen.

2. Colaborar al máximo en el cumplimiento del reglamento interno y normativa de funcionamiento del centro.
3. Firmar el alta voluntaria en caso de negarse al tratamiento.
4. Responder, con la garantía de mantener la máxima confidencialidad acerca de ello, a las cuestiones que, respetando sus derechos como persona, le sean planteadas en el curso de su diagnóstico y/o tratamiento.
5. Someterse a las determinaciones toxicológicas que le sean indicadas, en el momento en que le sean señaladas.
6. Si hace uso de su derecho a negarse a los apartados anteriores, se considera como una negativa al tratamiento.
7. Tratar con respeto a todo el personal del centro y al resto de los clientes del servicio.
8. Observar las normas de comportamiento y urbanidad socialmente aceptadas, durante su permanencia en el centro.
9. Respetar las normativas de funcionamiento particulares de cada recurso asistencial que previamente le han sido comunicadas.

5.1.3 Contrato terapéutico

Los clientes de los recursos del Plan Regional sobre Drogas registran su conformidad con el cumplimiento de sus deberes y toman conocimiento de sus derechos, en el momento de la firma del contrato terapéutico, que liga al cliente con el Plan Regional sobre Drogas.

5.2 Procedimiento de ingreso

5.2.1 Población usuaria del recurso

La Unidad de Patología Dual es el dispositivo de asistencia en régimen residencial al drogodependiente con o sin comorbilidad psiquiátrica, ofreciendo un régimen de alta contención.

En este contexto se contempla la asistencia a los menores con problemática de drogodependencia, y a las nuevas adicciones comportamentales.

5.2.2 Criterios de inclusión

- Presentar un diagnóstico de dependencia de sustancia(s) y/o trastorno psiquiátrico
- Dependencia grave sin autocontrol necesario para poder realizar un tratamiento ambulatorio
- Antecedentes de intentos previos de tratamiento
- Voluntariedad de ingreso
- Compromiso con la abstinencia
- Capacidad de reflexión y análisis del proceso adictivo
- Capacidad para implicarse y participar activamente en el tratamiento
- Posibilidad de adaptarse y mantener normas de convivencia en grupo
- Ningún riesgo infecto-contagioso
- Disponer de una figura de responsable
- Cumplimiento de condena menor de tres años

5.2.3 Vías de acceso

El acceso a la Unidad de Patología Dual se realiza a partir de los hospitales de la red, de la unidad de salud mental o las unidades ambulatorias de drogodependencias y de los servicios sociales. También se puede acceder por petición propia del cliente.

La estancia tiene un coste variable subvencionado, la cuota a pagar depende de los ingresos y de la situación socio-familiar, siendo la diferencia con el precio público final subvencionado por el Gobierno de Cantabria.

El centro de referencia remite a la Unidad de Patología Dual un “Informe de derivación” del cliente, solicitando fecha para completar la evaluación.

A los 15 días del ingreso, se firma el contrato terapéutico en la UPD. El cliente puede asimismo, solicitar directamente a la UPD una cita para ser informado sobre el tratamiento. Se acuerdan una serie de citas con el psicólogo, médico y psiquiatra de la UPD, para valorar si cumple los criterios de ingreso en la UPD.

5.2.4 Metodología

5.2.4.1 Entrevista inicial

La realiza el psicólogo. En la misma se informa al cliente y a sus responsables familiares sobre las características del tratamiento:

- Composición del equipo terapéutico.
- Proceso terapéutico:
 - duración del tratamiento (de 6 a 9 meses).
 - objetivos y duración de cada fase:
 - Fase 0, Desintoxicación (15 días)
 - Fase 1, Adaptación (2-4 semanas)
 - Fase 2, tratamiento residencial de contención alta (2-6 meses)
 - Fase 3, tratamiento residencial de contención baja (1-3 meses)
 - Consultas externas (1 año)

Se conciertan las citas con otros profesionales del centro (médico, psiquiatra), para comenzar la evaluación, y se le remite a la Dirección del Plan Regional sobre Drogas para los trámites administrativos.

5.2.4.2 Evaluación

La entrevista de evaluación la realizan el psicólogo, médico y psiquiatra de la UPD, con arreglo a la historia de la UPD.

El objetivo que se pretende es evaluar si cumple criterios de inclusión o exclusión a la UPD.

5.2.4.3 Admisión

5.2.4.3.1 Condiciones de admisión:

- Haber sido remitido por cualquiera de los dispositivos asistenciales.
- Haber solicitado el ingreso a petición propia, previa valoración del equipo de la UPD.
- No estar ingresado en el centro ningún familiar directo ni su pareja.
- No poseer ninguna sustancia tóxica en el momento del ingreso.

El ingreso se realiza en el día y la hora prevista por el equipo terapéutico, debiendo estar el cliente necesariamente acompañado por sus responsables familiares.

Son recibidos por el psicólogo, médico y psiquiatra que tiene asignado a lo largo del tratamiento.

5.2.4.3.2 Ingreso

Al ser recibido en la UPD el cliente recibe información sobre las condiciones y normas de la fase 0 en la que se encuentra:

- Contactos con el exterior: El cliente se compromete a:
 - no enviar ni recibir correspondencia.
 - no recibir, ni realizar llamadas telefónicas.
 - no recibir visitas.
 - no realizar salidas (salvo urgencias hospitalarias o asuntos judiciales que no se puedan aplazar)
- Información a la familia:
 - la familia puede llamar por teléfono para recibir información de la evolución del cliente por parte de cualquier persona del equipo terapéutico, preferentemente su psicólogo responsable.
- Recepción de paquetes:

- los paquetes se reciben en el centro del 25 al 30 de cada mes, por una agencia de transporte, nunca Correos.
- el usuario puede recibir artículos de higiene, ropa y un máximo de 30 paquetes de tabaco. No está permitido recibir comida ni bebida.

5.3 Procedimiento de documentación clínica

Este procedimiento permite la identificación y trazabilidad del servicio prestado, mediante el historial clínico de cada paciente y el tratamiento suministrado de manera sistemática, para facilitar la transmisión de la información generada en los diferentes centros asistenciales.

5.3.1 Historia clínica

Todo cliente de un recurso dependiente del Plan Regional sobre Drogas posee su historia clínica, con un código de identificación que incluye la letra inicial de la localidad donde está ubicado el centro de referencia y un número, correlativo por orden de apertura. En esta historia se recoge toda la información clínica esencial desde la perspectiva médica, psicológica, socioeducativa y toxicológica, además de los aspectos relacionales y de comportamiento.

La información recogida en la historia clínica es confidencial y debe de ser objetiva, inteligible y lo más completa posible.

La historia clínica se compone de los siguientes documentos:

- Ficha de información
- Hoja de registro de citas
- Identificación y filiación
- Historia médica
- Historia psicológica
- Historia toxicológica
- Historia psiquiátrica

- Historia socioeducativa
- Plan terapéutico individual.
- Sesión clínica
- Contrato terapéutico.
- Contrato de desintoxicación
- Otra documentación
- Informe de cierre de episodio de historia

5.3.2 Hoja de registro de citas

Es rellenada por el personal correspondiente.

5.3.3 Ficha de información

Se cumplimenta durante el primer contacto del cliente con la UPD para solicitar cualquier tipo de información, que recoge como mínimo los siguientes datos:

- Recurso al que ha acudido.
- Profesional que le atiende.
- Persona que solicita información.
- Tipo de información demandada.
- Datos personales del solicitante.
- Información facilitada.
- Firma de la persona que solicitó la información.
- Firma de la persona que dio la información.

5.3.4 Identificación y filiación

Los datos indentificativos del cliente son los siguientes:

- N° de identificación.
- Nombre y apellidos.
- Dirección.
- Teléfono.
- D.N.I.

5.3.5 Historia médica

Recoge el historial médico del cliente, e incluye como mínimo:

- Antecedentes personales, fisiológicos y patológicos.
- Antecedentes familiares.
- Anamnesis.
- Exploración.
- Otros exámenes.
- Relación y resultados analíticos.
- Relación y resultados de pruebas complementarias.
- Interconsultas realizadas con otros profesionales.
- Si se realiza desintoxicación o programas de mantenimiento:
 - medicación administrada y dosificación.
 - evaluación clínica.
 - resultados de controles toxicológicos.
- Observaciones clínicas del curso del tratamiento.

5.3.6 Historia psicológica

Contiene como mínimo los siguientes apartados:

- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Curso evolutivo del desarrollo psicológico.
- Valoración de la motivación de consumo de drogas.
- Valoración de la motivación al tratamiento.
- Relación curso entrevistas.
- Relación y resultados de las pruebas diagnósticas realizadas.
- Genograma o estudio familiar.
- Interconsultas realizadas.
- Observaciones en el curso del tratamiento.

5.3.7 Historia toxicológica

Recoge los datos relevantes del cliente en lo referente al consumo de drogas, constando como mínimo de:

- Tipo de drogas consumidas a lo largo de su historial personal.
- Fecha de inicio en las diferentes drogas consumidas.
- Fecha de uso habitual de las distintas drogas consumidas.
- Vía de consumo de inicio, de consumo habitual y de consumo de otras drogas distintas a la principal.
- Droga principal por la que solicita tratamiento, vía de consumo, cantidad de consumo habitual y cantidad en el momento de máximo consumo.
- Otras drogas consumidas durante los 30 días anteriores a la solicitud de tratamiento.
- Consumo de drogas en las 24 –48 horas antes del ingreso

5.3.8 Historia psiquiátrica

Contiene, como mínimo, los siguientes apartados:

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Enfermedad actual
- Exploración psicopatológica
- Impresión clínica

5.3.9 Historia socioeducativa

Destinada a recoger, como mínimo los siguientes datos de interés:

- Formación académica
- Experiencia prelaboral
- Experiencia profesional
- Estructura familiar: ambientes, roles, problemas
 - Familia de procedencia
 - Familia propia
- Campos sociales: ambientes, roles y problemas
- Ocio y tiempo libre y aficiones
- Grupos sociales e instituciones de apoyo
- Ambiente social y cultural
 - Estilo de vida
 - Acceso a recursos
- Antecedentes y actitudes relacionados con otros estilos de convivencia
- Factores personales relacionados con la convivencia

5.3.10 Plan terapéutico individual

Una vez realizadas las entrevistas de valoración del cliente, el equipo de profesionales, en sesión clínica, formaliza el diseño del plan de tratamiento. El contenido es particularizado para cada caso individual. En una primera sesión clínica se definen:

- Indicación de tratamiento.
- Indicación de derivación a otro recurso terapéutico.
- Modalidad de desintoxicación, si procede.
- Criterios de inclusión.

Finalizada la evaluación del caso, en nueva sesión clínica, se establece el programa de tratamiento en el centro, consignándose:

- Diagnóstico médico, psicológico y social.
- Diagnóstico global (CIE 10-DSM-IV).
- Programa de tratamiento.
- Criterios de inclusión en dicho programa.
- Objetivos a conseguir.
- Metodología a emplear.
- Plazos y cumplimiento del programa.
- Terapeuta responsable.
- Variaciones y cambios de programa que, a lo largo del tratamiento, puedan originarse. Causas que lo originaron.

El equipo asistencial recoge las indicaciones surgidas a lo largo del proceso terapéutico y confecciona un resumen de los comentarios, a que hubiera lugar, en las sesiones clínicas en que se trata el caso.

También se recogen aquellos aspectos relacionados con la evolución del cliente. Por último, se registra la fecha de alta o interrupción del tratamiento y los criterios o causas de los mismos.

5.3.11 Contrato terapéutico

El contrato terapéutico liga voluntariamente al cliente con los profesionales del centro asistencial en el que recibe el tratamiento. El original del contrato, debidamente firmado por el usuario y por el personal del equipo que le atiende, se guarda en la historia clínica del cliente.

Los formatos de los contratos terapéuticos difieren según el programa de que se trate.

5.3.12 Otra documentación

En este apartado se incluye cualquier otra documentación o información relevante para el seguimiento del tratamiento e historial del cliente.

El control de esta documentación se realiza mediante un listado.

5.3.13 Informe de cierre de episodio de historia

Recoge el motivo por el cual se cierra la historia clínica de los clientes.

5.4 Procedimiento asistencial

El proceso terapéutico se escalona en fases con objetivos específicos marcando y organizando las prioridades en los cambios, con intervenciones clínicas y educativas protocolizadas. Se propician así la modificación de hábitos y actitudes, la adquisición de estrategias de enfrentamiento adaptadas, base para plantear un nuevo estilo de vida independiente y autónomo.

5.4.1 Fases del proceso terapéutico

El proceso terapéutico constituye un proceso largo que viene a durar aproximadamente dos años y se componen de las siguientes etapas:

5.4.1.1 Evaluación

Antes del ingreso conviene confirmar su indicación y pertinencia, y para ello se realiza una evaluación clínica de los aspectos psicológicos, psiquiátricos y

médicos claves enfocados a identificar posibles criterios de no inclusión que pudiesen suponer un riesgo para el propio paciente o para el grupo de residentes (enfermedades infecto-contagiosas, conductas con riesgo vital...). La intervención terapéutica realmente se inicia con la solicitud de ingreso. Este proceso resulta complejo y complicado generalmente por las condiciones en las que solicita ayuda el paciente que suele estar consumiendo sustancia(s) por un lado pero además su actitud ante el tratamiento suele ser ambivalente y confusa generando un cuadro abigarrado cuyo abordaje exige un valoración precisa desde las distintas áreas (psiquiátrica, médica, psicológica y educativa) enfocada por un lado a la adecuación de su ingreso en el dispositivo pero sobre todo a la elaboración del diagnóstico de presunción sobre el que fundamentar las intervenciones pertinentes.

Al final de la evaluación desde el área psiquiátrica se ha completado la historia psicopatológica; desde la consulta médica se ha realizado la historia toxicológica, la exploración orgánica y analítica pertinente; el psicólogo dispone de datos acerca de los procesos morbosos y particularmente del perfil de personalidad apoyado en la exploración individual, datos recogidos de los familiares y de pruebas psicométricas; y desde el área educativa se estudio en profundidad los aspectos relacionales y de funcionamiento y ajuste psicosocial. Con este material se elabora el plan terapéutico.

El ingreso residencial se fracciona en cuatro períodos: la desintoxicación, la deshabitación, la transición entre el régimen residencial y el ambulatorio y el régimen ambulatorio que finalizará con el alta. Durante este periodo, el paciente es objeto de un seguimiento multiprofesional desde las áreas de psiquiatría, medicina general, psicología, psicoeducación y social con una atención personal, familiar y grupal planificada y programada.

5.4.1.2 Fase desintoxicación

Se inicia con el ingreso y aborda simultáneamente el abandono de la(s) sustancia(s) gracias a la desintoxicación y, la aceptación y adaptación al centro y al grupo. Cursa con un bajo nivel de actividad y responsabilidad, se desarrolla en régimen cerrado y dura aproximadamente dos semanas.

5.4.1.3 Fase de deshabitación

Constituye la fase más larga del tratamiento en el que se han de realizar los cambios y el análisis en profundidad, enfocados hacia la adquisición de normas de convivencia ajustadas, con una participación responsable y un nivel de autocontrol adecuado. La duración puede oscilar entre dos a nueve meses durante los cuales y de forma progresiva, a medida que se incrementa la capa-

cidad de autocontrol, se reduce la contención y se intensifican las salidas del centro.

5.4.1.4 Fase de transición del régimen residencial al régimen ambulatorio

Esta fase pretende amortiguar el paso del régimen cerrado al ambulatorio, preparando al sujeto a su futura vida en su entorno habitual y pretendiendo consolidar los cambios adquiridos, poniendo en práctica el nuevo estilo de vida aprendido. La duración se adapta a cada caso pero precisa al menos de uno a tres meses.

5.4.1.5 Fase ambulatoria

A lo largo del régimen ambulatorio se supervisa la consolidación del nuevo estilo de vida enfocado hacia el afianzamiento de la autonomía personal y se prepara la finalización y despedida del tratamiento. La duración viene marcada por la evolución individual pero la media se sitúa alrededor de un año.

5.4.1.6 Finalización del episodio

El final de tratamiento puede surgir de manera abrupta por abandono o de forma programada una vez normalizada la vida del sujeto. Dada la voluntariedad del tratamiento, en cualquier momento el paciente puede solicitar el alta voluntaria. En el contexto de un tratamiento educativo se contempla también la posibilidad del alta disciplinaria y/o la expulsión si se transgreden las condiciones pactadas en el contrato terapéutico y en el reglamento de régimen interno. Con el cumplimiento de los objetivos planteados y pactados a lo largo del proceso terapéutico se materializa el final del episodio con el alta terapéutica que suele acompañarse de una derivación a la red de salud mental para el seguimiento del trastorno psiquiátrico.

5.4.2 Plan terapéutico

El tratamiento integrado en una unidad de patología dual es un proceso terapéutico tan largo y complejo que resulta fundamental disponer de una referencia permanente, como es el plan terapéutico, para todos los elementos implicados en esta tarea. Esta herramienta se traza de manera individual con objetivos generales y específicos de áreas y fases, a corto, medio y largo plazo. La revisión de objetivos se hace periódicamente, a través de sesiones clínicas programadas, con la presencia de los técnicos implicados, en función de las necesidades de cada paciente. Dada las características de ambas nosologías precisan de una reevaluación frecuente del estado mental y de una gran flexibilidad en la ejecución de las actividades e intervenciones así como en el ajuste y replanteamiento de los objetivos (De Leon 2004).

La elaboración del plan terapéutico se basa en la información recogida a lo largo de la evaluación que culmina con la elaboración de un planteamiento diagnóstico inicial de presunción pues, como explicábamos anteriormente, el paciente consume sustancia(s) que altera(n) el curso de la enfermedad mental y a su vez puede inducir sintomatología psiquiátrica (Solomon, Zimberg, & Shollar 1996).

Existe, por tanto generalmente, al ingreso una confusión de síntomas con una interrelación compleja entre la enfermedad mental y la(s) sustancia(s) que dificulta(n) la precisión de los diagnósticos que por otro lado se hace necesaria puesto que abordamos al menos dos procesos nosológicos que precisan intervenciones y objetivos terapéuticos distintos. Puesto que la realidad clínica al inicio del tratamiento enmascara la sintomatología resulta prudente establecer un primer diagnóstico de presunción y pasado un mes de abstinencia a sustancia(s), en función de la nueva constelación psicopatológica establecer los diagnósticos de confirmación. La formulación definitiva del diagnóstico se establece en base a las clasificaciones internacionales C.I.E. o D.S.M. al uso y de manera multiaxial (Asociación Americana de Psiquiatría (APA) 1994; Organización Mundial de la Salud 1992).

Por supuesto en la elaboración del plan terapéutico se contemplan los objetivos, y se perfila asimismo el abordaje individual y grupal, familiar y social. Pero además, la presencia de un trastorno mental con el trastorno adictivo nos obliga a aplicar estos objetivos de manera flexible donde la estabilización de la patología psiquiátrica constituye la prioridad y precisa en ocasiones intervenciones inmediatas e inexcusables. Esta dualidad complica entonces la intervención en la que permanentemente necesita adaptarse a la situación clínica dinámica y variable. La aplicación de cuidados integrales es por tanto específica, pues no es solamente fruto de cuidados psiquiátricos ni únicamente la aplicación de estrategias propias de los trastornos adictivos, sino un campo especializado cuyo abordaje se nutre del conocimiento de ambos procesos.

Los objetivos generales del plan terapéutico contemplan necesariamente:

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

- Los objetivos de cara al consumo de sustancia(s) se enfoca(n) hacia la abstinencia y su mantenimiento; y de cara al trastorno límite de personalidad se trata de introducir modificaciones en el estilo de vida que sean mas adaptadas (De Leon 2004).

5.4.3 Intervenciones terapéuticas

Las intervenciones terapéuticas siguen modelos basados en la evidencia y van a conjugar elementos utilizados en comunidades terapéuticas, en los trastornos adictivos y en psiquiatría fundamentalmente aunque en su aplicación sufren algunas modificaciones y adaptaciones necesarias.

5.4.3.1 Intervenciones específicas por áreas

5.4.3.1.1 Psiquiatría

Desde el área de psiquiatría la exploración del estado mental y la evaluación de las situaciones de crisis a lo largo del proceso terapéutico asientan las bases en las que se fundamentan y articulan las intervenciones. Asimismo, el psiquiatra se propone siempre aliviar el malestar psicológico, lograr la compensación de la psicopatológica y para ello emplea tanto psicofármacos como elementos psicoterapéuticos.

5.4.3.1.2 Medicina general

Desde el área médica se valora inicialmente la complejidad de la historia toxicológica y el alcance de sus complicaciones orgánicas asociadas. Asimismo el médico se encarga de velar por la confortabilidad de la desintoxicación y cuida de la comorbilidad orgánica y de las complicaciones asociadas, tratando de coordinar estas intervenciones con la red asistencial normalizada siempre que sea posible. A lo largo del ingreso el facultativo transmite elementos preventivos de educación para la salud, también prescribe y supervisa los controles toxicológicos que se recomiendan a lo largo de todo el episodio incluyendo incluso las fases previas al ingreso. Dichas pruebas cumplen varios objetivos desde el apoyo diagnóstico pasando por la verificación y control de la abstinencia, pero también actúan como elemento de contención y sobre todo como un ejercicio de responsabilidad del propio sujeto con su compromiso. Esta información es compartida tanto con el equipo como con el paciente constituyendo un material de trabajo que evita la confrontación introduciendo un criterio externo ajeno al centro y neutro.

5.4.3.1.3 Psicología

Desde el área de psicología, en relación a la evaluación se trata de precisar los datos relacionados tanto con el proceso adictivo y mental como la existencia

de un trastorno de personalidad valorando elementos de autocontrol, introversión/ extraversión e impulsividad. En ocasiones puede ser necesario precisar incluso determinados aspectos relacionados con inteligencia, deterioro neuropsicológico, personalidad apoyándose entonces en pruebas psicométricas. En el proceso terapéutico el psicólogo pone a disposición del paciente todas las intervenciones psicológicas enfocadas hacia el apoyo, manejo y la resolución de los problemas clínicos y la psicoterapia enfocada al cambio hacia el abandono del consumo de sustancias, aplicándose diversas técnicas como: terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas, relajación, elementos psicoterapéuticos de apoyo, abordaje familiar... la mayor complejidad de la intervención consiste en combinar el abordaje de la adicción con el manejo de los problemas clínicos derivados de la patología psiquiátrica.

5.4.3.1.4 Psico-educativa

El área educativa asume una atención continuada, cercana y estrecha con los pacientes tanto desde una perspectiva individual como grupal, desempeñando un papel crucial en la adquisición de límites, normas, responsabilidades, toma de decisiones y mejora de la autoestima siempre enfocadas hacia la reinserción psicosocial. Asimismo se entrenarán nuevas formas de disfrutar del ocio y tiempo libre, tratando a la vez de enriquecer el soporte social. El equipo educativo se encarga de aplicar diversas intervenciones psicoeducativas enfocadas hacia la rehabilitación y reinserción

5.4.3.2 Intervenciones integrales desde todas las áreas

5.4.3.2.1 Vínculo terapéutico

Establecer, mantener y fortalecer el vínculo terapéutico “terapeuta - paciente” se realiza por todos los terapeutas tratando de promover un estilo motivacional de relación, evitando así la confrontación y buscando siempre una relación empática y respetuosa, procurando además dispensar una atención inmediata de las necesidades y problemas.

5.4.3.2.2 Psicoterapia grupal

La terapia de grupo constituye un eje fundamental del proceso terapéutico de la unidad de patología dual desde todas las áreas, proporcionando una amplia variedad de grupos (habilidades sociales, prevención de recaídas, educación para la salud, dinámicas, problemas de convivencia, familias...). El grupo facilita la aceptación y toma de conciencia de la enfermedad, el aprendizaje, modelaje y refuerzo de conductas más sanas.

5.4.3.2.3 Intervención integral

Para el personal la intervención integral sobre la adicción y el trastorno mental comórbido supone abordar los dos procesos y para ello, identificar la etiología de los síntomas presentes en cada momento para aliviar e intervenir en consecuencia y de la manera más eficaz.

5.4.3.2.4 Compromiso con el tratamiento

En un proceso tan largo y tan dinámico resulta difícil mantener vivo el compromiso inicial con el tratamiento y es objeto de frecuentes intervenciones desde todas las áreas, fomentando y consolidando siempre la adherencia terapéutica.

5.4.3.2.5 Motivación para los cambios

La motivación para los cambios constituye un ingrediente indispensable para el avance del proceso terapéutico y todos los profesionales practican un estilo motivacional, con una escucha activa y empática, la elaboración frecuente de balances de las tomas de decisiones así como la exploración de las resistencias para el cambio.

5.4.3.2.6 Prevención de recaídas

En el caso de un tratamiento integral se debe contemplar tanto el concepto de recaída por el trastorno adictivo como por el trastorno de personalidad, trabajando situaciones de alto riesgo y plan de crisis para ambas entidades.

5.4.3.2.7 Capacidad de Autocontrol - Contención

El régimen cerrado en un primera fase proporciona y garantiza la abstinencia en base a un control externo, pero de cara a la reinserción social, los pacientes necesitan exponerse progresivamente a sus circunstancias vitales y supone entonces la difícil tarea de ajustar el nivel de contención a la situación cambiante del sujeto, con los objetivos del tratamiento, y las normas y principios generales del proceso. Desde todas las áreas se trata de capacitar al sujeto en la interiorización del control no solamente del consumo sino también de aspectos emocionales y conductuales.

5.4.3.2.8 Presión del propio grupo de pacientes como elemento de autoayuda

En el centro se establece y cultiva un clima de presión del propio grupo de pacientes para el cambio basado en conceptos de autoayuda, que brinda un apoyo insustituible catalizando las reacciones hacia el cambio, facilitando el propósito cotidiano por retomar el control sobre su vida (De Leon 2004).

5.5 Procedimiento de reinserción

5.5.1 Funciones

Proporcionar información objetiva dirigida a individuos, familias, organismos y entidades, sobre las alternativas de incorporación/reincorporación socio-laboral.

Facilitar toda la información complementaria que sea requerida, así como la atención informativa a las demandas que son planteadas.

5.5.2 Objetivos

Desarrollar programas de incorporación/reincorporación socio-laboral de clientes drogodependientes.

Informar sobre los diferentes recursos de formación e incorporación socio-laboral disponibles para aquellas personas que hayan superado un programa de tratamiento, o se encuentren en proceso de reincorporación.

A los profesionales del campo de las drogodependencias, así como de los servicios sociales de base, informar de manera clara y concisa sobre los diferentes recursos de formación e incorporación socio-laboral.

A las organizaciones no gubernamentales que trabajan directa o indirectamente en el ámbito de las drogodependencias, se les debe informar puntualmente de todos los recursos existentes en cada momento.

Lograr la incorporación/reincorporación socio-laboral de aquellas personas que han pasado por un proceso de tratamiento en cualquiera de los dispositivos asistenciales del Plan Regional sobre Drogas, o de aquellas organizaciones que intervienen en drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

5.5.3 Vías de acceso

- Directo, por iniciativa propia.
- Derivado por los recursos asistenciales del propio Plan Regional sobre Drogas

- Remitido por los servicios sociales de base.
- Remitido por los profesionales de las ONGs que intervienen en drogodependencias.

5.5.4 Recursos existentes

El proveedor de este servicio por el Plan Regional sobre Drogas es FUNDIS (Fundación Pública para la Incorporación Social) a través de:

- convenios de colaboración con el Servicio Cántabro de Empleo
- convenio de colaboración con el Gobierno de Cantabria par la contratación del personal
- talleres de empleo

5.5.5 Plan de actuación

Comunicación verbal y escrita de la oferta anual a los diferentes recursos asistenciales y organizaciones intervinientes en drogodependencias.

6 Protocolos

6.1 Protocolo de desintoxicación residencial

6.1.1 Definición

La desintoxicación es un proceso por el cual un individuo que presenta dependencia física a una sustancia abandona dicho consumo por medio de la administración de dosis decrecientes, tanto de la misma sustancia de la cual es dependiente, como de otra con la que exista dependencia cruzada.

Su finalidad es prevenir la aparición de sintomatología de abstinencia, que puede aparecer si se interrumpe de forma brusca la administración de la droga a la cual el usuario ha desarrollado una dependencia física.

Durante el tratamiento de desintoxicación es necesario un abordaje multidisciplinario que contemple los factores biológicos, psicológicos y sociológicos, subyacentes al consumo de drogas.

6.1.2 Población diana

6.1.2.1 Criterios de inclusión

Usuarios que ingresan en la UPD que necesiten desintoxicación de la droga de la cual son dependientes.

6.1.2.2 Criterios de no inclusión

Usuarios que ingresan en la UPD abstinentes.

6.1.2.3 Criterios de exclusión

Incumplimiento de la normativa de régimen interno de la UPD.

6.1.3 Actividad a realizar

El día de su ingreso en el centro y después de ser recibido por el psicólogo responsable, se realiza una entrevista por el médico para:

- Evaluar el nivel de tolerancia y el grado de dependencia física que puede haber desarrollado hacia cada una de las drogas que consume.
- Evaluar el estado físico para determinar las técnicas que se emplean en cada caso. Debe realizarse una correcta exploración física a fin de determinar se existe alguna enfermedad intercurrente.
- Valorar los informes y pruebas analíticas que se le exigen al usuario cuando ingresa:
 - hemograma completo.
 - funcionalismo hepático.
 - marcadores de la hepatitis.
 - serología luética.
 - mantoux.
 - VIH.
 - test de embarazo.
- Realizar la pauta de medicación para las horas siguientes.
- Informar al usuario de la finalidad de la desintoxicación, que es realizar una abstinencia confortable y segura.

6.1.4 Recogida de información específica

La historia clínica debe incluir:

- Historia toxicológica de todas las drogas consumidas, incluyendo el tabaco y el alcohol, y especificando para cada una de ellas: dosis media de consumo, vía de administración, frecuencia de consumo, dosis actual, antigüedad del consumo, y en caso de estar abstinentes, el tiempo transcurrido desde la última administración.

- Antecedentes médicos quirúrgicos y obstétricos, incluyendo hospitalizaciones previas.
- Exploración física detallada para descartar la presencia de patología orgánica, teniendo en cuenta la posibilidad de enfermedades infecciosas, alteraciones pulmonares y cardiovasculares, complicaciones hepáticas, renales y dermatológicas secundarias a la adicción.

6.1.5 Plan de actuación

6.1.5.1 Diagnóstico

Se realiza en base a la información recogida en la historia toxicológica, historia clínica, exploración física y pruebas complementarias, que el usuario realizó para su ingreso en la UPD y reseñadas anteriormente.

6.1.5.2 Terapéutico

6.1.5.2.1 Medidas higiénico dietéticas.

Se explica al usuario todo lo relacionado con una correcta higiene corporal (lavado de dientes, ducha diaria), y con una adecuada alimentación durante el tiempo que dura la desintoxicación, así como su continuidad a lo largo de su tratamiento en la UPD.

6.1.5.2.2 Tratamiento farmacológico.

- Desintoxicación a opiáceos.
 - dextropropoxifeno.
 - benzodiacepinas coadyuvantes.
 - metadona.
 - alfa-adrenérgicos.
- Desintoxicación de metadona:
 - reducción de dosis, con o sin desintoxicación final.
- Desintoxicación de cocaína:
 - antidepresivos.

- benzodiacepinas.
- Desintoxicación de benzodiacepinas:
 - cambio a benzodiacepinas de vida media larga.
 - reducción de dosis.
- Desintoxicación de anfetaminas y otros estimulantes:
 - medidas paliativas.

6.1.5.3Seguimiento

Se realiza diariamente por el médico de la UPD, durante el tiempo que dure el proceso de desintoxicación.

6.1.5.4Recomendaciones

Las explicadas al usuario al inicio del Protocolo referentes a: deporte, ejercicio físico, higiene, alimentación, normas básicas para dormir, información de la posibilidad de experimentar algunas molestias leves de abstinencia durante el periodo de desintoxicación, pero que éstas son perfectamente soportables.

6.1.5.5Participación del usuario

Las recogidas en la normativa del centro en cuanto a participación de los usuarios en las actividades del centro.

6.1.6 Recursos necesarios

- Local: enfermería y despacho del médico de la UPD.
- Personal: un médico, diariamente durante 30 minutos.
- Recursos diagnósticos o terapéuticos: controles toxicológicos y pruebas analíticas que se necesiten durante el periodo de desintoxicación, realizadas en el hospital de Lienres o en la red pública.
- Otros apoyos: utilización de las diferentes interconsultas que el usuario necesite.

6.1.7 Organización y funcionamiento

- A quién va dirigido el Protocolo: a todos los usuarios que ingresen en el centro y que necesiten desintoxicarse de la droga de abuso.
- Quién lo ejecuta: el médico de la UPD.
- Cómo se ejecuta: recogiendo toda la información de la anamnesis y semiología se pautan los fármacos necesarios durante los 7-10 días que dura el Protocolo, valorando diariamente la evolución del síndrome de abstinencia.
- Dónde se tiene que ejecutar: en la UPD.
- Cuándo se realiza esta actividad: habitualmente se inicia un lunes al ingreso del usuario en la UPD, con una duración que oscila entre 7-10 días.

6.1.8 Sistema de registro

Historia clínica.

6.1.9 Evaluación del protocolo

- Quién evalúa: el profesional y el usuario.
- Qué evalúa: la aplicación del Protocolo y el resultado obtenido.
- Cómo evalúa: con las fichas de seguimiento y el resultado final al alta.
- Cuándo evalúa: a lo largo del proceso y al final del mismo.

6.2 Protocolo de seguimiento residencial

6.2.1 Definición

Va encaminado a tratar los síntomas de enfermedad que aparecen en los usuarios durante su estancia en la UPD.

6.2.2 Población diana

6.2.2.1 Criterios de inclusión

Estar ingresado en la UPD.

6.2.2.2 Criterios de no inclusión

Ninguno.

6.2.2.3 Criterios de exclusión

Incumplimiento de la normativa de régimen interno de la UPD.

6.2.3 Actividad a realizar

- Atender en consulta diaria todos los síntomas de enfermedad que el usuario presente durante su estancia en la UPD, estableciendo su diagnóstico y tratamiento.
- Control de vacunaciones: tétanos, gripe, hepatitis, etc.
- Seguimiento en el centro de los tratamientos que el usuario presenta a su ingreso: quimioprofilaxis, antiretrovirales, etc.
- Realización de pruebas analíticas VIH, hepatitis, etc.
- Derivación a diferentes interconsultas y su seguimiento en la UPD.
- Supervisar el correcto funcionamiento de las recogidas de orina para los controles, pautando diariamente el número de usuarios que realizan los controles.
- Control del uso de medicamentos por parte de los usuarios.

6.2.4 Recogida de información específica

La información recogida de la historia médica y toxicológica completa, así como de una correcta exploración física.

6.2.5 Plan de actuación

6.2.5.1 *Diagnóstico*

A través de la anamnesis y semiología se establece un diagnóstico de enfermedad.

6.2.5.2 *Terapéutico*

- Medidas higiénico-dietéticas: explicación al usuario de una higiene adecuada y una correcta alimentación.
- Tratamiento farmacológico: el que el usuario necesite para cada patología que aparezca durante su estancia en la UPD.
- Tratamiento psicoterapéutico: no procede.
- Otros tratamientos: no procede.

6.2.5.3 *Seguimiento*

Diariamente.

6.2.5.4 *Recomendaciones*

Consejo sanitario.

6.2.5.5 *Participación del usuario*

Responsabilidad compartida en el seguimiento de las indicaciones.

6.2.6 Recursos necesarios

- Local: enfermería y despacho del médico de la UPD.
- Personal: un médico, diariamente.
- Recursos diagnósticos o terapéuticos: todos los necesarios para un correcto diagnóstico de enfermedad, rayos X, bioquímica, ECG, etc.
- Otros apoyos: interconsultas.

6.2.7 Organización y funcionamiento

- A quién va dirigido el Protocolo: a todos los usuarios ingresados en la UPD.

- Quién lo ejecuta: el médico.
- Cómo se ejecuta: en consulta diaria.
- Dónde se tiene que ejecutar: en la UPD.
- Cuando se realiza esta actividad: diariamente.

6.2.8 Sistema de registro

Mediante la historia clínica.

6.2.9 Evaluación del protocolo

- Quién evalúa: el profesional y el usuario.
- Qué evalúa: la aplicación del Protocolo y el resultado obtenido.
- Cómo evalúa: con las fichas de seguimiento y el resultado final al alta.
- Cuándo evalúa: a lo largo del proceso y al final del mismo.

6.3 Terapia de apoyo individual

6.3.1 Definición

Comprende un conjunto de intervenciones que persiguen la consecución y el mantenimiento de la abstinencia al consumo de drogas y la introducción de una serie de cambios en los estilos de vida del drogodependiente, que dificulten las conductas de uso y abuso de drogas y posibiliten el desarrollo de un proyecto de vida no conflictivo con su entorno social.

6.3.2 Población diana

6.3.2.1 Criterios de inclusión

- Usuarios motivados para lograr la abstinencia al consumo de drogas, sobre los que no concurra ninguna circunstancia específica que aconseje su vinculación a algún programa alternativo y que hayan superado la fase de desintoxicación.

- Usuarios que llegan en abstinencia y tras la valoración inician un programa de seguimiento.
- Usuarios en PMN, entendido como "herramienta terapéutica".
- Usuarios incluidos en programas de tratamiento con agonistas opiáceos.

6.3.2.2 Criterios de no inclusión

- Usuarios que estén motivados para lograr la abstinencia.

6.3.2.3 Criterios de exclusión

- Tres controles de orina positivos, consecutivos, o cinco alternos.
- No acudir a 3 citas sin motivos justificados.
- No acudir a otras actividades complementarias indicadas.
- No cumplir con el reglamento o normas generales.
- Cualquier circunstancia que a criterio del equipo terapéutico se considere causa suficiente o conveniente para excluir a un sujeto del tratamiento.

6.3.2.4 Plan de actuación

6.3.2.4.1 Metodología

La metodología a seguir es la siguiente:

- Desintoxicación ambulatoria u hospitalaria.
- Realización de controles toxicológicos.
- Intervenciones individuales cuyos objetivos más específicos son:
 - evaluación de la situación por parte del psicólogo y conocimiento y aceptación por parte del usuario.
 - identificación y diferenciación de lo que son quejas, dificultades y problemas.
 - identificación de las situaciones problemáticas.
 - desarrollo de una mayor comprensión de sí mismo y de los demás.
 - promover actitudes que sean favorables a un progreso psicológico.
 - trabajar la capacidad de introspección.

- reforzar la autoestima y los autocuidados, no ya relacionados con la droga.
- Intervenciones con la familia.
- Coordinación con recursos de carácter generalista.
- Trabajo en equipo (coordinación interna entre los técnicos de la UPD).

6.3.2.4.2 *Objetivos*

- Construir un contexto terapéutico donde el usuario hable de él y de otros aspectos de su vida, no sólo en referencia a la droga.
- Prevenir las recaídas en el consumo de drogas.
- Revisión objetiva y a nivel consciente de las situaciones en las que se encuentra, así como sus dificultades.
- Favorecer la identificación y resolución de conflictos personales.
- Facilitar el aprendizaje e interiorización de conductas, hábitos y valores.
- Diferenciar entre situaciones estimulantes de consumo y factores personales y familiares asociados al consumo.
- Dotar a los usuarios de una serie de habilidades sociales que les permitan el afrontamiento de los problemas cotidianos, en especial los relativos al establecimiento de relaciones sociales.
- Potenciar el establecimiento de una red de relaciones sociales con personas no consumidoras de drogas.
- Trabajar la toma de decisiones y la adquisición de compromisos y responsabilidades.

6.3.2.4.3 *Recursos necesarios*

- Local: en las dependencias de la UPD
- Personal: un psicólogo.
- Recursos diagnósticos o terapéuticos: escalas diagnósticas, entrevistas y test.
- Otros apoyos: un asistente social y un médico.

6.3.2.5 *Organización y funcionamiento*

- A quién va dirigido el Protocolo: a usuarios de la UPD.

- Quién lo ejecuta: principalmente el psicólogo.
- Cómo se ejecuta: con entrevistas semanales.
- Dónde se tiene que ejecutar: en las dependencias de la UPD.
- Cuándo se realiza esta actividad: una sesión individual semanal y una sesión mensual con la familia, durante 9-12 meses.

6.3.2.6 Evaluación del protocolo

- Quién evalúa: el profesional y el usuario.
- Qué evalúa: la aplicación del Protocolo y el resultado obtenido.
- Cómo evalúa: con las fichas de seguimiento y el resultado final al alta.
- Cuándo evalúa: a lo largo del proceso y al final del mismo.

6.4 Intervención psicológica individual

6.4.1 Definición

Se incluyen un conjunto de intervenciones que persiguen la consecución y el mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas y la introducción de una serie de cambios en el estilo de vida del drogodependiente, que dificulten las conductas de uso y abuso de drogas y posibiliten un estilo de vida no conflictivo con su entorno social.

6.4.2 Población diana

Va dirigido a todos los usuarios que ingresan en la UPD.

6.4.2.1 Criterios de inclusión

- Estar ingresado en la UPD.
- Criterios de no inclusión
- No procede.

6.4.2.2 Criterios de exclusión

- Todos aquellos recogidos expresamente en la normativa del centro.

6.4.3 Actividad a realizar

El tratamiento psicoterapéutico individual es un proceso evolutivo basado en la relación-interacción dual y metódica, entre el usuario y su psicólogo, con el objeto de ir consiguiendo los objetivos planificados en el plan terapéutico individual.

- Esta intervención a nivel individual tiene 4 objetivos:
- Realizar la exploración, diagnóstico y valoración del usuario.
- Atender psicológicamente al usuario mediante sesiones encuadradas y estables.
- Colaborar con el resto de Protocolos desarrollados en el centro.
- Revisar los objetivos programados en el plan terapéutico individual.

6.4.4 Recogida de información específica

Para la realización del diagnóstico y valoración del usuario es necesario recurrir a diferentes medios y técnicas:

- Entrevistas individuales.
- Entrevistas familiares.
- Pruebas psicométricas: 16 PF 5 y STAI
- Cuestionarios: depresión de Beck y ansiedad de Hamilton

6.4.5 Plan de actuación

La intervención psicológica individual se lleva a cabo mediante sesiones individuales en las que ir asegurando el nuevo estilo de vida conseguido, para lo que se analizan todas las áreas de la vida del usuario.

El Protocolo dura entre 9 y 12 meses, tiempo que se corresponde con la estancia del usuario en el centro. Se estructura en sesiones individuales y, siempre que sea necesario, el apoyo de sesiones con la familia y/o responsables del usuario.

6.4.6 Participación del usuario

La intervención psicológica que se desarrolla en la UPD se apoya con la participación de los usuarios en grupos psicoterapéuticos en función de la fase de tratamiento en la que se encuentren.

En esta etapa el usuario participa activamente aportando toda la información necesaria para ir evaluando las áreas anteriormente citadas, así como cumplimentando los registros que el profesional responsable de su tratamiento le vaya proporcionando.

6.4.7 Recursos necesarios

- Local: un despacho donde se desarrollen las entrevistas.
- Personal: un psicólogo, dedicando un tiempo asistencial de aproximadamente 45 minutos.
- Recursos diagnósticos o terapéuticos:
 - Entrevistas individuales.
 - Entrevistas familiares.
 - Pruebas psicométricas: 16 PF 5 y STAI
 - Cuestionarios: depresión de Beck y ansiedad de Hamilton
- Otros apoyos: la realización de controles toxicológicos periódicamente, en los cuáles ir constatando la abstinencia. En función de las dificultades que vayan surgiendo, apoyar el Protocolo con tratamientos farmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos,...)

6.4.8 Organización y funcionamiento

- A quién va dirigido el Protocolo: a todos los usuarios ingresados en la UPD.
- Quién lo ejecuta: el psicólogo.
- Cómo se ejecuta: mediante sesiones individuales periódicas.
- Dónde se tiene que ejecutar: en las instalaciones de la UPD.

- Cuándo se realiza esta actividad: semanal y/o quincenalmente, en función de las características del usuario y del momento del tratamiento en el que se encuentre. Estas sesiones tienen lugar preferentemente, en los momentos destinados en el horario del centro a las actividades formativas y ocupacionales.

6.4.9 Sistema de registro

El plan terapéutico de esta etapa del tratamiento, así como la evolución del usuario, se recoge en la historia clínica.

6.5 Prevención de recaídas en régimen residencial

6.5.1 Definición

Es un programa de autocontrol, partiendo de un enfoque cognitivo-conductual, cuyo objetivo es que los usuarios identifiquen situaciones de alto riesgo, y una vez identificadas, sepan anticiparlas y como paso último las afronten.

Con éste Protocolo se intenta que los usuarios adquieran los conocimientos necesarios que les permitan poder analizar sus conductas, para que así, conociendo las causas que las originan y las consecuencias que de ellas se derivan, sean capaces de modificarlas.

6.5.2 Población diana

Es un programa diseñado para que lo realicen todos los usuarios que se encuentran realizando tratamiento en el centro. Se inicia con usuarios que se encuentran en las últimas fases del tratamiento, los cuales tienen salidas programadas desde el centro.

6.5.2.1 Criterios de inclusión

- Estar ingresado en la UPD.
- Criterios de no inclusión
- No procede.

- Criterios de exclusión
- Todos aquellos recogidos expresamente en la normativa del centro.

6.5.3 Actividad a realizar

El Protocolo se realiza a través de la intervención grupal; es un grupo cerrado, formado por entre 8 y 12 personas máximo, de las últimas fases del tratamiento.

Los contenidos de las sesiones son:

- Concepto de recaída.
- Situaciones de riesgo.
- Decisiones irrelevantes.
- Pensamientos negativos.
- Situaciones de alto riesgo.
- Antecedentes encubiertos.
- Conductas previas a la recaída.
- Estrategias de afrontamiento.
- Evaluación.

El grupo tiene una normativa que facilita el desarrollo del mismo, y que sitúa al usuario como responsable del grupo.

6.5.4 Recogida de información específica

No procede.

6.5.5 Plan de actuación

6.5.5.1 Diagnóstico

- STAI (ansiedad rasgo). Se hace esta prueba a los usuarios antes del inicio de la primera sesión y al finalizar el grupo.

- Valoración cuantitativa de factores de riesgo. Este cuestionario se entrega en la segunda sesión y al finalizar el grupo.

6.5.5.2 Terapéutico

No procede.

6.5.5.3 Seguimiento

Se realiza a través de un grupo que se configura como de autoayuda, dirigido a usuarios que han recibido el alta y se encuentran en su medio habitual, reuniéndose cada 6 semanas y dirigido por un psicólogo.

La asistencia de los usuarios se recoge en el “Registro de asistencia de prevención de recaídas”.

6.5.5.4 Recomendaciones

No procede.

6.5.6 Participación del usuario

La participación ha de ser activa, facilitando la comunicación entre los miembros del grupo, ha de situarse a través de la normativa que existe en el grupo como responsable del mismo, teniendo en cuenta:

- La confidencialidad de las acciones.
- El compromiso de asistencia.
- El respeto y la no utilización de la violencia.

6.5.7 Recursos necesarios

- Local: sala de usos múltiples.
- Personal: un psicólogo.
- La duración de las sesiones es de 90 minutos y el número de las mismas es de 10.

6.5.8 Organización y funcionamiento

- A quién va dirigido el Protocolo: a todos los usuarios que realizan tratamiento en el centro y se encuentran en las últimas fases del mismo, los cuales realizan salidas programadas desde el centro.
- Quién lo ejecuta: un psicólogo de la UPD, el cual tiene una función directiva, facilitando la comunicación entre los miembros del grupo, para que la adquisición de estrategias, que es el objetivo prioritario, se realice de forma activa.
- Cómo se ejecuta: a través de intervención grupal, en grupo cerrado, formado por entre 8 y 12 usuarios, los cuales tienen salidas personales programadas. De estas salidas se saca el material de análisis, a través de sus propias experiencias en las salidas.
- Las sesiones se desarrollan en dos partes:
 - Se explican los contenidos teóricos que corresponden a cada sesión.
 - Se parte de las experiencias concretas que hayan tenido los usuarios en sus salidas o en tratamientos anteriores. Estas situaciones son analizadas por todo el grupo, confrontando diferentes puntos de vista y buscando diferentes alternativas.
 - Todas las sesiones finalizan con una tarea que se propone a los usuarios para poner en común en la próxima sesión.
- Dónde se tiene que ejecutar: en la UPD.
- Cuándo se realiza esta actividad: una sesión semanal de 90 minutos de duración.

6.5.9 Sistema de registro

No procede.

6.5.10 Evaluación del protocolo

- Quién evalúa: el profesional y el usuario.

- Qué evalúa: la aplicación del Protocolo y el resultado obtenido.
- Cómo evalúa: con las fichas de seguimiento y el resultado final al alta.
- Cuándo evalúa: a lo largo del proceso y al final del mismo.

6.6 Incorporación social en el centro terapéutico

6.6.1 Definición

Es un diseño y práctica de un proyecto de vida no excesivamente conflictivo y sin el consumo abusivo de sustancias.

Este proceso se caracteriza por dos elementos: el educativo y el de normalización de las conductas.

El Protocolo de reincorporación forma parte del proceso terapéutico y rehabilitador que tiene la UPD, mediante un sistema global y generalizado.

Dicho programa se desarrolla a través de las distintas áreas de intervención social:

- Reincorporación social (en sentido estricto).
 - programación de salidas.
 - incorporación a su entorno.
- Formación laboral.
- Reincorporación laboral.

6.6.2 Población diana

6.6.2.1 Criterios de inclusión

Está dirigido a los usuarios de la UPD.

6.6.2.2 Criterios de no inclusión

No procede.

6.6.2.3 Criterios de exclusión

Los marca el desarrollo del proceso de tratamiento general y en ciertas áreas de intervención la evolución en el tratamiento.

6.6.3 Actividad a realizar

6.6.3.1 Reincorporación social

Programa de salidas: de incorporación a su entorno, laborales y de ocio y tiempo libre.

6.6.3.2 Formación laboral

1er Nivel: formación laboral a través de cursos del plan FIP, selección de alumnos, motivación hacia el aprendizaje.

2º Nivel: formación laboral a través de la escuela-taller y la casa de oficios, selección de alumnos, motivación hacia el aprendizaje.

6.6.3.3 Reincorporación laboral

- Información de recursos públicos y privados.
- Oficinas de trabajo temporal.
- Requisitos básicos.
- Inclusión en proyectos de colaboración de obras y servicios del Gobierno de Cantabria.

6.6.4 Recogida de información específica

La recogida de la información necesaria para el desarrollo de este Protocolo se realiza a través de la historia clínica. Se inicia en la primera cita (Protocolo de ingreso) y continúa a lo largo del tratamiento.

6.6.5 Plan de actuación

No procede.

6.6.6 Recursos necesarios

- Local: un despacho y una sala de usos polivalentes.
- Personal: un educador.
- Recursos diagnósticos o terapéuticos: historia clínica.
- Otros apoyos: servicios sociales de base y ONGs.
- El Protocolo se ejecuta en los distintos niveles a lo largo del tratamiento, a través de intervenciones individualizadas y grupos participativos.

6.6.7 Organización y funcionamiento

- A quién va dirigido el Protocolo: a usuarios en tratamiento con estancia en el centro en las tres áreas, y a usuarios con alta terapéutica, no residentes y que están incluidos en grupos de seguimiento el área de reincorporación laboral.
- Quién lo ejecuta: el educador.
- Cómo se ejecuta: con entrevistas y actividades realizadas por el paciente y su familia.
- Dónde se tiene que ejecutar: en las dependencias de la UPD
- Cuándo se realiza esta actividad: el Protocolo tiene la misma duración que el programa de tratamiento.

6.6.8 Sistema de registro

El sistema de registro se efectúa a través de un anexo, incorporado en la historia social.

6.6.9 Evaluación del protocolo

- Quién evalúa: el profesional y el usuario.
- Qué evalúa: la aplicación del Protocolo y el resultado obtenido.
- Cómo evalúa: con las fichas de seguimiento y el resultado final al alta.
- Cuándo evalúa: a lo largo del proceso y al final del mismo.

6.7 Protocolo de seguimiento de altas del centro residencial

6.7.1 Definición

Este Protocolo está concebido como un apoyo ambulatorio a los usuarios que reciben el alta en la UPD, y desde ahí supone una continuidad en el tratamiento realizado con unos objetivos a conseguir:

- Encontrarse satisfecho con el nuevo estilo de vida conseguido.
 - Mantenimiento de la abstinencia.
 - Autonomía en la toma de decisiones.
 - Integración en nuevos grupos sociales.
 - Correcta utilización del tiempo, alternando ocio, trabajo y descanso.
 - Utilización de recursos comunitarios de tipo general.

La duración del Protocolo es aproximadamente de 12 meses, estando estructurado mediante la asistencia a entrevistas individuales y/o familiares, a sesiones de grupo, y la inclusión si resulta necesario, del paciente en un programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos o cualquier otro tipo de tratamiento médico y/o farmacológico.

6.7.2 Población diana

El Protocolo va dirigido a todos los usuarios que reciben el alta en la UPD. Previo a la inclusión o no del usuario en el Protocolo tiene lugar una sesión clínica del equipo terapéutico, en la cual elaboran el plan terapéutico de esta etapa:

- Fecha prevista de alta.
- Posibilidades de derivación a otro recurso.
- Objetivos a conseguir durante la etapa de seguimiento.
- Tipo de seguimiento a realizar: individual, en grupo y/o médico.

- Plazos y cumplimiento del Protocolo.
- Profesional/es que debe/n participar.

6.7.2.1 Criterios de inclusión

- Haber recibido el alta en la UPD.
- Manifestar una disposición positiva hacia el Protocolo.

6.7.2.2 Criterios de no inclusión

- Derivación a otro recurso.

6.7.2.3 Criterios de exclusión

- No acudir a una cita sin causa justificada o sin haberlo comunicado previamente.
- Actuar en contra de las indicaciones del equipo terapéutico.
- Todos aquellos recogidos expresamente en la normativa del centro.

6.7.3 Seguimiento médico

Una vez que el usuario tiene prevista la fecha de alta, se comienza con el Protocolo 15 días antes de su salida del centro.

El Protocolo de naltrexona consiste en utilizar un fármaco antagonista opioide bloqueador de los receptores opioides, en usuarios que han permanecido un largo periodo de tiempo en la UPD.

Este Protocolo presenta una serie de criterios de inclusión y de no inclusión propios, y que se añaden a los del conjunto del seguimiento.

- Criterios de inclusión
 - Usuario que ha sido dado de alta y cuya droga principal de consumo es la heroína.
- Criterios de no inclusión
 - insuficiencia hepática y/o hepatitis aguda.
 - presentar hipersensibilidad a la naltrexona.

- recibir tratamiento con analgésicos opiáceos o narcóticos.
- paciente en tratamiento antirretroviral.
- embarazo.

6.7.4 Actividad a realizar

Las actividades a realizar dentro de este Protocolo son:

- Seguimiento individual.
- Seguimiento en grupo.
- Seguimiento médico.

6.7.5 Recogida de información específica

No procede.

6.7.6 Plan de actuación

6.7.6.1 Seguimiento individual

Se lleva a cabo mediante sesiones individuales y/o familiares en las que se asegura el nuevo estilo de vida conseguido, analizando distintas áreas:

- Área personal: mantener los cambios efectuados en los posibles trastornos y déficits conductuales relacionados con la historia de consumo.
- Área de drogas: mantener la abstinencia respecto a todo tipo de drogas, sabiendo manejar las situaciones de riesgo y los procesos de recaída.
- Área de convivencia: manejar adecuadamente situaciones de comunicación, negociación o resolución de problemas.
- Área relacional: mantener contacto habitual con personas no consumidoras y no relacionarse con consumidoras.
- Área de ocio y tiempo libre: realizar habitualmente actividades alternativas al consumo, tanto dentro como fuera de casa, de forma que ocupe gran parte del tiempo libre disponible.

- Área formativa-laboral: tener trabajo, llevar a cabo una búsqueda activa del mismo o participar en alguna actividad formativa con perspectivas laborales.
- Área legal: tener regularizada su situación legal, sabiendo hacer uso de los recursos comunitarios disponibles y no participando en actividades delictivas.
- Área económica: manejar libremente dinero y mostrar competencia en la administración de los ingresos según las posibilidades y necesidades.

La frecuencia de entrevistas individuales mínimas, siempre que la evolución sea positiva, es la siguiente:

Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Entrevistas	2	2	1	1	1	1		1		1		1

Durante esta etapa del tratamiento, el usuario participa activamente aportando toda la información necesaria para evaluar las áreas citadas anteriormente, así como cumplimentando los registros que el profesional responsable de su seguimiento le vaya proporcionando.

6.7.6.2 Seguimiento en grupo

El grupo de seguimiento está dirigido a todos los usuarios que realizan seguimiento en el centro, siempre y cuando el equipo terapéutico no haya decidido su no inclusión en función de los siguientes criterios:

- Falta de motivación o de interés hacia el grupo.
- Patología que dificulte el tratamiento en grupo.
- Evolución y trayectoria en el centro que indique la posibilidad de conflictos en el grupo.

Los objetivos planteados para el grupo de seguimiento son:

- Apoyar el proceso de reincorporación social de los usuarios.
- Contrastar las conductas y actitudes que se dan una vez recibido el alta.

Este grupo presenta las características de un grupo de ayuda mutua en el que se trabaja a partir de los problemas y situaciones planteados por los miembros

del grupo. Los contenidos a trabajar, fundamentalmente, son los factores asociados al consumo de drogas y las situaciones de riesgo que se van produciendo.

Los usuarios participan en el grupo de seguimiento aportando las situaciones a analizar, así como su visión sobre las actitudes y conductas del resto de los miembros del grupo.

6.7.6.3 Seguimiento médico

6.7.6.3.1 Diagnóstico

Incluye las pruebas complementarias para la determinación hepática antes de la administración de la naltrexona y el seguimiento mensual durante el programa.

6.7.6.3.2 Terapéutico.

- Medidas higiénico-dietéticas:

Las aconsejadas a todo usuario dado de alta para la continuidad en su proceso de reincorporación.

- Tratamiento farmacológico:

- Abstinencia previa a opiáceos: Es obligatoria la presencia de la analítica de orina con negatividad a opiáceos, previa al momento de la primera dosis del antagonista.

- Inducción:

Una vez objetivada la abstinencia total a opiáceos a través del análisis toxicológico de orina, se procede a la aplicación del "Test de la naltrexona" (0.8 miligramos subcutáneamente) y se mantiene al usuario en observación durante los siguientes 30-45 minutos, observando la posible aparición de sintomatología de abstinencia. Si el test es negativo se procede a la administración de 25 miligramos de naltrexona, vía oral, quedando en observación el usuario durante 60 minutos, al cabo de los cuales si no aparecen síntomas de abstinencia puede procederse a la administración de otros 25 miligramos de naltrexona.

- Estabilización:

Una vez realizada la inducción de la naltrexona se procede a la administración durante un periodo de 15 días de 50 mg. diarios, siendo

el médico o el personal del centro el responsable de su administración.

- Mantenimiento: La pauta de administración puede adoptar varias formas:
 - » 50 mg. diarios V.O.
 - » 50 mg. diarios V.O., excepto sábados que se indican 100 mg.
 - » Triple administración semanal de 100-100-150 mg. lunes, miércoles y viernes respectivamente.

Durante esta fase el usuario ya está dado de alta del centro, y es un familiar quien se responsabiliza de la administración del fármaco, ya que en este momento la familia esta ya integrada en este proceso terapéutico.

6.7.6.3.3 Tratamiento psicoterapéutico

Durante el año que dura este Protocolo se mantiene el tratamiento psicosocial de referencia.

6.7.6.3.4 Seguimiento

Durante el primer mes del programa posterior al alta del centro se realizan citas semanales con el médico, registrando la sintomatología y la recogida de análisis toxicológicos en orina. Posteriormente las citas se realizan mensualmente hasta la finalización del Protocolo. Igualmente se realizan pruebas de determinación hepática, con una periodicidad de una en el primer mes, repitiéndose cada tres meses hasta la conclusión del Protocolo.

6.7.6.3.5 Recomendaciones

Las recogidas en el contrato terapéutico y en la tarjeta de identificación explicadas previamente al usuario.

6.7.6.3.6 Participación del paciente

Se le exige al usuario todos los puntos recogidos en la normativa del centro para los usuarios en seguimiento.

6.7.7 Recursos necesarios

6.7.7.1 Seguimiento individual

- Local: un despacho donde se desarrollen las entrevistas.
- Personal: un profesional, preferentemente un psicólogo, que dedica a las entrevistas un tiempo asistencial de aproximadamente 45 minutos.
- Recursos diagnósticos o terapéuticos: se realizan controles toxicológicos periódicamente en los cuáles constatar la abstinencia.
- Otros apoyos: En función de las dificultades que surjan, se puede apoyar con tratamientos farmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos, etc.). El usuario puede utilizar también otros recursos del Plan Regional sobre Drogas como el programa de atención jurídico-penal o las actividades desarrolladas por el programa de reincorporación socio-laboral.

En los casos en que sea necesario el reingreso, éste se produce tras el envío por parte del equipo terapéutico a la Dirección del Plan Regional sobre Drogas de la siguiente documentación:

- Informe psicológico que incluya justificación de la necesidad del reingreso, plan terapéutico a seguir y periodo aproximado del reingreso.
- Informe médico actualizado en lo referente a las patologías orgánicas que impidan el ingreso en el centro.

6.7.7.2 Seguimiento en grupo

- Local: una sala de reuniones en la que poder desarrollar las sesiones.
- Personal: dos miembros del equipo terapéutico, psicólogo y educador, encargados de dirigir las reuniones.

La duración de cada sesión es de 150 minutos aproximadamente.

6.7.7.3 Seguimiento médico

- Local: enfermería.
- Personal: el médico a cargo en el centro.
- Recursos diagnósticos o terapéuticos: controles toxicológicos en orina, bioquímica, hematología, etc. realizados en el hospital de Lienres o en los servicios de la red pública.

6.7.8 Organización y funcionamiento

6.7.8.1 Seguimiento individual

- A quién va dirigido el Protocolo: a todos los usuarios que reciben el alta y que no hayan sido derivados a otros recursos.
- Quién lo ejecuta: de forma preferente, los psicólogos.
- Cómo se ejecuta: intentando compaginar, para su realización, los horarios, actividades, etc. del centro con las actividades del usuario, de tal manera que este seguimiento interfiera lo menos posible en su proceso de reincorporación social.
- Dónde se tiene que ejecutar: en las instalaciones del centro.
- Cuándo se realiza esta actividad: según tabla descrita.

6.7.8.2 Seguimiento en grupo

- A quién va dirigido el Protocolo: a todos los usuarios que realizan seguimiento en el centro.
- Quién lo ejecuta: un psicólogo y un educador.
- Dónde se tiene que ejecutar: en la UPD.
- Cuándo se realiza esta actividad: cada 6 semanas con una duración de 150 minutos por sesión. Siempre en sábado, para que los usuarios que trabajan puedan acudir con mayor facilidad.

6.7.8.3 Seguimiento médico

- A quién va dirigido el Protocolo: a todos los usuarios dados de alta en el centro que no presenten ninguno de los criterios de no inclusión enumerados anteriormente.
- Quién lo ejecuta: el médico a cargo en el centro.
- Cómo se ejecuta: siguiendo el plan de actuación.
- Dónde se tiene que ejecutar: en las instalaciones de la UPD.
- Cuándo se realiza esta actividad: en los 15 días previos al alta del usuario y durante los 12 meses del Protocolo de seguimiento.

6.7.9 Sistema de registro

6.7.9.1 Seguimiento individual

El plan terapéutico de esta etapa, así como la evolución del usuario, está registrado en "Seguimiento de alta"

6.7.9.2 Seguimiento en grupo

El desarrollo de cada una de las sesiones del grupo de seguimiento está registrado en la "Acta del grupo de seguimiento".

6.7.10 Evaluación del protocolo

- Quién evalúa: el profesional y el usuario.
- Qué evalúa: la aplicación del Protocolo y el resultado obtenido.
- Cómo evalúa: con las fichas de seguimiento y el resultado final al alta.
- Cuándo evalúa: a lo largo del proceso y al final del mismo.

7 Sistema de evaluación

7.1 Control de procesos

El control de los procesos de prestación del servicio desde su inicio hasta su finalización se realiza según procedimientos escritos. Cuando procede estos se desarrollan en protocolos que incluyen el método para desarrollar una actividad en concreto.

7.1.1 Seguimiento y medición de los procesos

7.1.1.1 Sesión clínica

En la Unidad de Patología Dual se realizan sesiones clínicas periódicas en las que se evalúa el proceso de evolución del cliente en función de la intervención terapéutica aplicada y de la adecuación de la misma.

La sesión clínica se realiza coordinadamente entre los distintos profesionales implicados en el caso, estableciendo reuniones periódicas con el fin de transmitir la información relevante y planificar entre todos los objetivos de intervención.

Los contenidos o aspectos más relevantes valorados en la sesión clínica son:

- Variaciones y cambios del programa de tratamiento que, a lo largo del proceso terapéutico puedan originarse.
- Aspectos relacionados con la evolución del cliente.

El contenido de la sesión clínica y las conclusiones y consecuencias derivadas de la misma quedan registradas en la historia clínica del cliente

7.2 Control de resultados

7.2.1 Análisis de datos

La información para el análisis de datos procede de:

- Informe de comisión de historias clínicas
- Informe de revisión
- Memoria anual
- Reclamaciones del cliente
- Estudios de población

7.2.2 Control del servicio no conforme

La revisión, el control y el tratamiento de las no conformidades prevén su: detección, identificación, registro, tratamiento y seguimiento en los siguientes procedimientos de calidad:

7.2.2.1 Procedimiento para el tratamiento de las no conformidades

7.2.2.1.1 Alcance

Este Procedimiento se aplica a todas las no conformidades que se detecten en cualquier fase de la prestación del servicio.

7.2.2.1.2 Realización

La sistemática que se desarrolla en este Procedimiento contempla las actuaciones necesarias para que una vez detectada la no conformidad, se investiguen y eliminen las causas que la produjeron para evitar su repetición.

Las actuaciones sobre la no conformidad prevén su detección, identificación, registro, tratamiento y seguimiento.

- Detección

Las no conformidades pueden producirse en cualquier fase a lo largo del proceso de prestación del servicio. La detección de la no conformidad se

produce mediante el control continuo que cada profesional hace sobre su actividad. Informar de los servicios prestados no conformes o de la aparición de incidencias o problemas de la Calidad en el servicio, es un deber y una responsabilidad de todo el personal de la UPD, que debe hacer el máximo esfuerzo para identificar las posibles no conformidades del servicio prestado antes de que el usuario se vea afectado.

- **Identificación**

La persona que detecte una no-conformidad lo comunica al director de la UPD quien elabora un "Informe de no conformidad", en el que se indica la descripción de la no-conformidad detectada.

- **Análisis de las causas**

El director de la UPD junto con el responsable de calidad del centro investigan las causas de la no conformidad, decidiendo la apertura o no de una acción correctora. Anualmente se elabora un informe de las no conformidades detectadas, con el objeto de disponer de datos por medio de los cuales decidir en su caso, acciones preventivas.

7.2.2.2 Procedimiento de Acciones Correctivas

Define el sistema utilizado por la UPD para la gestión de las acciones correctoras y/o preventivas, a fin de:

- Evitar la repetición de problemas significativos.
- Tomar medidas preventivas que aseguren el cumplimiento de los niveles de la Calidad fijados.
- Potenciar la mejora continua.

7.2.2.2.1 Alcance

Este procedimiento es de aplicación general a todas las actividades realizadas por la UPD, relacionadas directa o indirectamente con la Calidad.

7.2.2.2.2 Definiciones

- **Acción correctora**

Acción llevada a cabo de forma controlada a fin de eliminar o reducir las causas de las no conformidades o reclamaciones de los usuarios, e impedir su repetición.

- Acción preventiva

Acción tomada sobre cualquier tipo de actividad realizada por la organización a fin de eliminar o reducir las causas que pueden producir potencialmente no conformidades o reclamaciones de los usuarios, previniendo su aparición.

7.2.2.2.3 Realización

7.2.2.2.3.1 Acciones correctoras

7.2.2.2.3.1.1 Origen

Las acciones correctoras pueden estar originadas por:

- Reclamaciones de los usuarios
- La revisión de los informes de no conformidad originados durante la prestación del servicio.
- Las desviaciones detectadas en las auditorías del Sistema de la calidad.

7.2.2.2.3.1.2 Apertura.

Cualquier profesional de la UPD que detecte un incumplimiento sistemático de la Calidad lo comunica al director de la UPD, quien envía al responsable de la Calidad un Informe de No Conformidad, éste analiza el alcance y la repercusión del incumplimiento detectado y decide el tratamiento que se da para la resolución de la no conformidad.

7.2.2.2.3.1.3 Definición de una acción correctora.

Las acciones correctoras son definidas por el responsable de la calidad, quien rellena el correspondiente "Informe de Acción correctora/preventiva", incluyendo como mínimo:

- Descripción de la no conformidad/reclamación.
- Análisis de las causas de la no conformidad/reclamación.
- Acción correctora propuesta.
- Plazo de implantación
- Aprobación de la acción correctora.
- Verificación de la eficacia.

- Cierre de la acción correctora.

7.2.2.2.3.1.4 Aplicación

El responsable de la gestión e implantación de la acción correctora debe proceder a la aplicación de la acción una vez aprobada, planificando las diversas actividades que la acción suponga, con el fin de tenerla totalmente implantada en el plazo acordado, con evidencias objetivas que lo demuestren, de forma que se puede verificar la eliminación de las causas de las anomalías o las mejoras de la Calidad que se pretenden.

7.2.2.2.3.1.5 Seguimiento

El responsable de la Calidad es quien realiza el seguimiento continuado de las acciones correctoras, para verificar que se llevan a cabo y son eficaces.

Si en el transcurso de la implantación se verifica que la acción correctora no es la más apropiada, debe proponerse una nueva evaluación de la situación para decidir otra acción. Esta propuesta se gestiona igual que la original.

7.2.2.2.3.1.6 Cierre

Al término de la implantación de la acción correctora, y una vez verificada su efectividad, el director de la UPD junto con el responsable de la Calidad, proceden al cierre de la misma mediante la cumplimentación del apartado correspondiente del “Informe de acción correctora/preventiva”.

7.2.2.2.3.2 Acciones preventivas

Las acciones preventivas son decididas por el Director de la UPD, en función del análisis de los registros de la Calidad generados, siendo el responsable de definir las acciones a tomar para corregir las posibles desviaciones de la calidad de los servicios prestados.

La operativa a seguir es idéntica a la descrita para las acciones correctoras.

7.2.2.3 Procedimiento para el tratamiento de las reclamaciones

Este Procedimiento tiene por objeto establecer el método empleado por la UPD para gestionar las reclamaciones planteadas por sus usuarios sobre los servicios que se prestan.

7.2.2.3.1 Alcance

Este Procedimiento es de aplicación general a los servicios que la UPD presta con relación a los aspectos siguientes:

- Establecimiento de una vía de reclamaciones.
- Tratamiento de las reclamaciones.

7.2.2.3.2 Definiciones

7.2.2.3.2.1 Reclamación

Toda manifestación de insatisfacción del usuario sobre los servicios de la UPD, con relación a la Calidad del servicio prestado.

7.2.2.3.3 Realización

7.2.2.3.3.1 Vía de reclamación

La UPD dispone de una "Hoja de reclamaciones y sugerencias", a disposición de todo aquel que desee efectuar una reclamación. Esta hoja es común para todos los órganos del Gobierno de Cantabria.

7.2.2.3.3.2 Tratamiento de la reclamación

Cuando un usuario desea realizar una reclamación, ha de solicitar la "Hoja de reclamaciones y sugerencias" diseñada al efecto.

Una vez cumplimentada, dicha hoja se entrega en la UPD o en cualquiera de los registros que se enumeran en el Decreto 11/1.996, de 5 de Marzo, de la Diputación Regional de Cantabria.

El director de la UPD o Registro en la que se presente la hoja de reclamaciones procede a sellar, registrar y firmar la misma, entregando la copia que corresponda al interesado.

Si la hoja de reclamaciones se presenta en la dependencia directamente afectada, el responsable de la misma envía de inmediato las copias correspondientes a la Inspección General de Servicios y al centro directivo del que aquella dependa, archivando la copia destinada al propio centro. Posteriormente envía al centro directivo de referencia, en el plazo máximo de 15 días, un informe sobre la denuncia formulada, expresando las causas, motivos, acciones, etc. que estime pertinentes.

Si la hoja de reclamaciones es presentada en un registro autorizado, independiente del centro afectado, éste procede a enviar la copia correspondiente a la Inspección General de Servicios y las copias destinadas a la dependencia y al centro directivo, el cual solicita de la dependencia objeto de denuncia el pertinente informe, enviándole a tal fin, la copia reservada a la misma para su conocimiento y archivo. El responsable de la dependencia afectada debe enviar

al centro directivo en el plazo de 15 días, el informe correspondiente, según procedimiento explicado en el párrafo anterior.

El centro directivo, a la vista del informe emitido por el responsable de la dependencia objeto de la denuncia y de sus propias indagaciones, datos y conocimiento del tema, envía en el plazo máximo de 30 días contados desde la presentación de la denuncia, un escrito-contestación al interesado, en el que da respuesta clara y concisa sobre la reclamación, así como las medidas que por tal motivo haya adoptado.

En el supuesto de que el centro directivo tenga que solicitar aclaraciones al interesado o a la propia dependencia objeto de la reclamación, los plazos anteriores se contabilizan a partir de la recepción de las aclaraciones o informe solicitado.

El centro directivo remite a la Inspección General de Servicios copia del escrito contestación enviado al denunciante, explicitando las medidas que haya adoptado como consecuencia de la denuncia, de entre las siguientes:

- No ha tomado ninguna medida especial.
- No ha abierto una investigación de la que no se ha derivado ninguna otra medida.
- Ha tomado las medidas correctoras que se indican.
- Ha abierto un expediente disciplinario al funcionario.

El responsable de la Calidad junto con el director de la UPD, analizan las reclamaciones que afectan al servicio prestado por la UPD, elaborando los informes solicitados por la Inspección General de Servicios y proponiendo y poniendo en marcha las acciones oportunas, incluidas en su caso las acciones correctoras, para solucionarlas y determinar las causas que produjeron la reclamación, a fin de eliminarlas y evitar su repetición.

Anualmente el responsable de la Calidad elabora un informe sobre las reclamaciones, indicando:

- Nº de reclamaciones.
- Principales reclamaciones.
- Motivos de las reclamaciones.

- Acciones correctoras abiertas y su efectividad.

7.3 Auditoria interna

La auditoría de la calidad es el examen metódico e independiente que tiene como objetivos:

- Determinar si las actividades y los resultados de la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas
- Comprobar que las disposiciones del sistema se llevan realmente a cabo
- Verificar que las disposiciones son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos

Es de aplicación a todas las actividades incluidas en el sistema de gestión de calidad de la UPD. El responsable de la calidad propone un plan anual de auditorías una vez aprobado por el director, se elabora el programa de auditoría en el que se incluye: el alcance y la metodología. La auditoria se realiza al menos una vez al año. Tiene un carácter fundamentalmente práctico y sus objetivos fundamentales son:

- Revisar la aplicación del sistema de gestión de la calidad y su eficacia
- Revisar los resultados de las auditorias previas

El grupo de auditores están cualificados por el Plan Regional sobre Drogas para realizar la evaluación.

7.4 Mejora continua

Toda la información obtenida en el análisis de datos se emplea como elemento de entrada para la revisión por la dirección, la cual garantiza la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad, a la vez que identifica áreas en las que poder introducir mejora.

La dirección de la UPD con el fin de mejorar continuamente la eficacia del sistema de mejora de la calidad utiliza los siguientes elementos:

- Política de calidad
- Objetivos de calidad

- Resultados de auditorías internas
- Análisis de datos
- Acciones correctivas y preventivas
- Revisión por la dirección
- Estudios de satisfacción del cliente

8 Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) 1994, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* Masson, Barcelona.

Cabrera Forneiro, J. 1998, *Patología dual* Agencia Antidroga, Madrid.

Comas, D. 1988, *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas* Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el PNSD, Madrid.

De Leon, G. 2004, *La comunidad terapéutica y las adicciones* Desclée de Brouwer, Bilbao.

De Leon, G., Sacks, S., Staines, G., & McKendrick, K. 1999, "Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: emerging subtypes", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 25, no. 3, pp. 495-515.

Kennard, D. 1998, *An introduction to therapeutic communities*, 2 edn, Jessica Kingsley, Londres.

Organización Mundial de la Salud 1992, *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* Meditor, Madrid.

Solomon, J., Zimberg, S., & Shollar, E. 1996, *Diagnóstico dual* Ediciones en Neurociencias, Barcelona.