

## Tratamiento de los problemas de abuso de opiáceos

Julio Álvarez Cerberó\*

Coordinador del Plan de Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid

**Resumen:** En este artículo se trata el problema de las drogas (principalmente heroína) desde una perspectiva pública.

En primer lugar, se hacen unas consideraciones metodológicas, para pasar más tarde a describir los componentes y el funcionamiento de las dos grandes áreas que componen una Red Asistencial. Nos referimos, por un lado, a los tratamientos libres de drogas y, por otro, a los de reducción del daño.

El artículo define cada uno de los dispositivos asistenciales de ambos tipos de tratamiento y reseña los programas que se llevan a cabo, insistiendo en que el tratamiento final de cada drogodependiente debe venir perfilado por el análisis funcional (desde el modelo bio-psico-social) que realicen los profesionales competentes, y no por constructos o consideraciones teóricas *a priori*.

Se hace referencia a la conexión que en nuestro país tienen los problemas de toxicomanías con el virus del SIDA, y a la importancia que tienen, por tanto, los programas de prevención para detener la propagación de esta epidemia.

Finalmente insistimos en que el problema de las drogas no es competencia de ninguna Administración en particular, es un asunto de todos, Administración, ONGs, y sociedad civil. Todos debemos responder para dar una respuesta coherente.

**Palabras clave:** Drogodependencias, Red Asistencial Pública, Programas de Rehabilitación, Red Libre de Drogas, Reducción del Daño, Metadona, Intercambio de jeringuillas, Modelo Bio-Psico-Social.

**Title:** Treatment of problems in opioids abuse.

**Abstract:** This article deals with the problem of drug abuse (specially heroin) from a public perspective.

We make some methodological remarks, before describing the components and functioning of the two Assistential Net's main field, the drug free programs and the harm reduction ones. The article defines each one of the assistential facilities of both types of treatments, and describes the programs we kee running.

However we press the idea that no *a priori* considerations, but only the functional analysis of behaviour can ultimately account for the individual treatment program of each drugdependent.

We also highlight the strong conexon in our country between the drug problems and AIDS, and the importance therefore of prevention strategies to stop the spread of that illness.

Finally we express our idea that the drug problems concern no Administration in particular, but also the NGAs and the civil society. We all must respond to give that problem a coherent solution.

**Key words:** Drug dependencies, Assitential Public Network, Drugs Free Network, Harm Reduction, Methadone, Small Syringe Exchange, Bio-Psycho-Social Model.

Son muchos los alumnos que a lo largo de los años se han acercado a nosotros preguntando por el tratamiento más adecuado para multitud de problemas. Esta clase de preguntas encierra, a nuestro parecer, al menos dos tipos de errores:

1. *Dar por válida la nosología psiquiátrica*, entendiendo "algo" cuando se habla de "depresión", "ansiedad", etc.
2. *Concebir la modificación de conducta como un conglomerado de técnicas* y no como una *metodología de trabajo*, como un instrumento de análisis del comportamiento humano. Sólo del análisis funcional de la conducta podremos extraer, o diseñar, las técnicas adecuadas para modificar aquellas conductas que, de acuerdo con el sujeto, pueden ayudarle a una mejor adaptación.

---

\* **Dirección para correspondencia:** Julio Álvarez. Coordinador Plan de Drogas, Comunidad Aut. de Madrid. Problemas del Juego de Azar, Madrid (España).

© Copyright 1993. Secr. de Public. e Interc. Cient. Universidad de Murcia. Murcia (España). ISSN: 0212-9728.

Art. recibido: 14-1-93; aceptado: 15-3-93.

Por tanto, a nuestro entender, los diversos constructos deben servir, *tan sólo* como marco genreal, como guía para facilitar las entrevistas y la exploración detallada de los distintos sistemas de respuesta, y de la relación de estas respuestas con el medio en el que se producen.

Toda esta valoración se lleva a cabo dentro del modelo *Bio-Psico-Social* (ver Santacreu et al., 1992). En este modelo, que parece el más adecuado para analizar los problemas de drogodependencias queda a veces, por su vaga utilización, carente o vacío de sentido. Es evidente que en los problemas de toxicomanías se ven alteraciones en el sistema biológico y el sistema social de referencia del drogodependiente. Enfermedades directamente relacionadas con el consumo, pérdida de trabajo, deterioro familiar, problemas con la ley, etc. Pero el sistema psicológico no puede ponerse al mismo nivel que los dos anteriores, es el *nexo de unión* entre ambos, es el que permite a un organismo (biológico), relacionarse con su medio (social). Sólo así cobra pleno sentido este modelo de análisis.

En este sentido debemos señalar que los problemas encuadrados en, o denominados "adicciones", tienen a nuestro parecer algunas cosas en común. La principal, que por otra parte no es exclusiva de este tipo de problemas, es la incapacidad del sujeto para diferir el refuerzo, o la emisión por parte de éste, tan sólo de conductas reforzadas a corto plazo. Esto se agrava, naturalmente, en presencia del, o de los estímulos que desencadenan las conductas de abuso.

Podríamos, si así alguien se siente más tranquilo, denominar este problema como falta de autocontrol.

El tratamiento de los problemas de opiáceos, plantea además otro tipo de dificultades, derivadas no sólo de la problemática concreta de la adicción, sino del tipo de vida que llevan los consumidores y de la situación *ilegal* de las principales drogas de abuso. Estos problemas hacen difícil el tratamiento de los drogodependientes en gabinetes privados, ya que estos además no suelen tener carácter interdisciplinar. Por tanto vamos a centrar nuestro artículo en la descripción del funcionamiento de una **Red Pública** de tratamiento.

En otro lugar (ver Álvarez, 1990), insistíamos en las características, que a nuestro juicio, deben configurar una *Red*, y que resumimos a continuación:

1. Una red debe constar de distintos tipos de dispositivos.
2. Estos dispositivos deben comunicarse entre sí, de modo que se posibiliten las derivaciones entre ellos.
3. Para que esto sea posible, todos los dispositivos deben utilizar el mismo lenguaje, *la misma metodología*.
4. El conjunto de los distintos dispositivos deben cubrir todas las necesidades que puedan plantearse en el tratamiento del problema para el que fueron creados.

Si no cumplen estas condiciones, a nuestro parecer podremos hablar de un conjunto de dispositivos, pero nunca de una *Red*.

En el abordaje de las adicciones, sobre todo de las drogas ilegales, se suelen hacer dos grandes apartados: los tratamientos *libres de drogas* y los de *reducción del daño*. Mientras que en unos se pretende llevar a cabo una serie de terapias sin drogas substitutivas y el objetivo final suele ser la abstinencia, en los otros no se plantea ese objetivo último y se admite la posibilidad de utilizar drogas substitutivas, (metadona en el caso de opiáceos). Tanto en los unos como en los otros, para considerar que se ha tenido éxito, lo fundamental, más que obtener una reducción, o la total abstinencia en el consumo, es conseguir un *cambio en el estilo de vida del drogodependiente*. O lo que es lo mismo, que las cadenas conductuales que llevan a la utilización de drogas, o aquellas en las que el abuso aparece como un refuerzo intermedio, disminuyan su frecuencia o desaparezcan del repertorio del individuo, siendo substituidas por otras en las que no se produzca ningún tipo de consumo, o estos sólo se den de forma esporádica.

Podemos considerar, por tanto, *dos grandes redes*: una formada por los centros libres de drogas y otra por los dispositivos y programas de reducción del daño. Estas dos redes han de comunicarse entre sí y permitir las derivaciones entre ellas. Estas derivaciones deberían producirse desde los tratamientos de reducción del daño, hacia los libres de drogas, aunque en algunas ocasiones, y para impedir el alejamiento del individuo de las redes asistenciales, puedan darse también en sentido contrario.

A continuación vamos a hacer una descripción de los distintos dispositivos de ambas redes, deteniéndonos en los programas que se llevan a cabo en cada una de ellas.

## Red libre de drogas

En esta Red se distinguen distintos niveles asistenciales que normalmente vienen determinados por el carácter ambulatorio o residencial de los centros. Dentro de los dispositivos ambulatorios encontramos con los **Centros de Atención a Drogodependientes (CAD)**, normalmente de gestión municipal, considerados como de *primer nivel* por hacer acogida directa, y con los **Centros de Día (CD)**, centros de *segundo nivel*, altamente especializados y destinados a usuarios con determinados perfiles que comentaremos más adelante.

Dentro de los centros residenciales tenemos: las **Unidades de Desintoxicación Hospitalarias (UDH)**, de *segundo nivel*, que atienden a los toxicómanos que no pueden realizar una desintoxicación ambulatoria y que reciben derivaciones de los dispositivos ambulatorios de primer nivel: los **Pisos de Apoyo para la Desintoxicación (PAD)**, también de *segundo nivel*, destinados a aquellos sujetos que no tienen el apoyo familiar o social necesario para la desintoxicación ambulatoria; las **Comunidades Terapéuticas (CT)**, que están destinadas a aquellos drogodependientes que no pueden hacer un tratamiento ambulatorio por falta de autocontrol y que al recibir usuarios tan sólo mediante derivación expresa de los Centros de atención municipales son centros de *tercer nivel*; y los **Pisos de Apoyo al Tratamiento (PAT)**, igualmente de *tercer nivel*, donde residen los sujetos que no tienen domicilio estable o el soporte social adecuado para poder realizar un tratamiento ambulatorio.

Como puede verse, los C.A.D.s municipales son los centros de control de la red. Son encargados de hacer la acogida, evaluación, desintoxicación (excepto la hospitalaria), y en su caso la derivación de los drogodependientes a cualquier otro dispositivo. Sólo los C.A.D.s pueden dar altas fin de tratamiento definitivas, puesto que los restantes dispositivos, devuelven a los usuarios al centro que se los remitió, una vez finalizada la intervención temporal en el mismo. De este modo los C.A.D.s, no son sólo la puerta única de entrada a la Red, sino la única puerta de salida de la misma.

Todos los dispositivos de la Red, especialmente los C.A.D.s, deben estar en estrechísimo contacto con la *Red de Servicios Sociales Comunitarios*, si no, nunca llegaría a producirse la plena reinserción social de los drogodependientes, y

toda la Red especializada se quedaría aislada del tejido social, del que debe necesariamente formar parte.

Una vez presentada la Red en su conjunto, vamos a analizar con más detalle cada uno de sus componentes.

### 1. C.A.D.s Municipales

Como hemos mencionado más arriba, son el centro de control de la Red, efectuando las acogidas, evaluaciones, desintoxicaciones y derivaciones a los restantes dispositivos. El número de profesionales que trabaja en uno de estos dispositivos, varía de acuerdo con los habitantes del municipio en el que se encuentra y con la problemática que se presente en esa localidad. Sea cual sea su número, lo que sí debe asegurarse por fuerza, es el carácter interdisciplinar de los trabajadores. Así debemos encontrar en cada uno de ellos, al menos, Médicos, DUEs, Psicólogos y Trabajadores Sociales, demás del personal Administrativo necesario. Esto es obvio, si como hemos dicho antes, el modelo de análisis a emplear es el Bio-Psico-Social, puestos que abordar el problema de las toxicomanías desde una sola perspectiva sería inadecuado.

Para mayor claridad, vamos a tratar de describir lo que sucede desde que una persona llama a la puerta de un C.A.D., hasta que es derivado o finaliza su tratamiento.

La primera cita ha de producirse lo antes posible, y en ella el drogodependiente debe ser informado de lo que se puede esperar él del centro, de su funcionamiento y normas, y de lo que se espera de él, si se decide a comenzar un tratamiento. Es posible que en esta primera entrevista no se le cite aún para empezar el proceso, puesto que se prefiere dejar un margen de unos días para que la decisión de comenzar la rehabilitación, sea producto de una reflexión, más que de un deseo pasajero. Si se decide comenzar, se realizan las primeras entrevistas de evaluación.

La primera evaluación que se realiza es la médica, con objeto de obtener lo antes posible un diagnóstico del estado de salud de la persona y de la modalidad de desintoxicación que será necesaria en su caso, si se encuentra consumiendo en la actualidad. La urgencia de esta exploración médica, viene determinada por el deterioro físico que presentan los drogodependientes cuando se deciden a pedir ayuda. Un heroínmano, o mejor,

un politoxicómano cuya droga principal de abuso es la heroína, al acudir a consulta suele llevar, como media dínco años de abuso de heroína y unos doce de consumo de todo tipo de sustancias, por lo que es habitual que padezca todo tipo de enfermedades infecto-contagiosas, y/o de transmisión sexual ligadas al consumo por vía parenteral. Los tratamientos médicos que requiera el drogodependiente no van a ser llevados a cabo, sin embargo, en el C.A.D., sino que serán derivados a la red sanitaria general, con objeto de no duplicar servicios y de normalizar desde un principio este proceso. En cuanto a la desintoxicación, lo que se pretende averiguar, es si desde un punto de vista médico, y teniendo en cuenta los fármacos que se van a utilizar, podrá realizar el toxicómano un proceso de desintoxicación ambulatoria o deberá ser ingresado en una U.D.H.. Si no es necesario su ingreso, el tipo final de desintoxicación será determinado en una entrevista conjunta con el trabajador social y el psicólogo.

Casi a la par con la exploración médica, se desarrollan la evaluación social y la psicológica. Mediante el análisis social se trata de averiguar una serie de datos que servirán para diseñar el plan de reinserción del individuo, y que a su vez contribuirán a decidir el tipo de rehabilitación que tiene que llevar. Se explora el área laboral, la familiar, las de ocio y tiempo libre, y el conocimiento que el sujeto tiene de los recursos sociales a su alcance.

La evaluación psicológica (análisis funcional de la conducta) (ver Segura *et al.*, 1992), trata, como siempre, de analizar las cadenas conductuales que llevan al consumo, los estímulos que pueden provocarlo y las consecuencias que para el individuo tiene consumir. Se investiga el grado de autocontrol que la persona presenta, tanto frente a estímulos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, como en otras situaciones estimulantes.

Una vez terminadas las tres evaluaciones, médica, social y psicológica, los tres profesionales se reúnen para determinar el tipo de tratamiento más conveniente para el sujeto. Las decisiones tienen que ver con el tipo de desintoxicación que se va a llevar: ambulatoria, si no hay complicaciones orgánicas previsibles, si el sujeto cuenta con apoyo externo (familiar) y el suficiente control como para poder completar el proceso con éxito, en piso de apoyo P.A.D., si no se prevén complicaciones orgánicas, pero no existe apoyo familiar; u hospi-

talario, en U.D.H., si por los fármacos a utilizar existe algún riesgo físico para la persona que requiera de una vigilancia médica más estrecha.

No sólo se decide entre todo el equipo sobre el tipo de desintoxicación que se ha de llevar a cabo, si no sobre la posterior rehabilitación. ¿Es necesaria una derivación temporal a una C.T. o a un C.D., o por el contrario se puede realizar todo el proceso en el C.A.D.? Esta decisión se toma en base a unos baremos determinados, según los cuales permanecen en los C.A.D.s las personas que presentan los perfiles menos deteriorados, o sea, las que aún conservan un núcleo familiar estable, tienen un trabajo y consumen pocas cantidades de droga. Si es así, permanecerá en el C.A.D. a lo largo de todo su período de rehabilitación, asistiendo a terapia individual o en grupo, al menos dos veces por semana, y participando en las actividades de reinserción que se hayan diseñado para su caso. Cuando exponamos el funcionamiento de un C.D., detallaremos un poco más las distintas terapias que se pueden llevar a cabo. El período de tratamiento de un drogodependiente desde que comienza hasta su alta definitiva, suele ser de unos dieciocho meses.

## 2. Centro de Día (C.D.)

Como hemos mencionado anteriormente, a este dispositivo de *segundo nivel* sólo se puede acceder desde un C.A.D. municipal, al que tendrá que regresar una vez finalice su tratamiento en el C.D.. Aquí ya no hay por tanto necesidad de evaluación médica. El sujeto debe aportar también, a su entrada en el centro, la evaluación psico-social que se le realizó en el C.A.D.. Es por tanto absolutamente imprescindible que los protocolos de evaluación y derivación entre los dispositivos sean claros y tengan un diseño común. Aún así, todos los centros de segundo o tercer nivel, tienen que permanecer en contacto con aquellos otros de los que reciben derivaciones, para discutir, y en su caso devolver a los C.A.D.s, todos aquellos casos que consideren mal evaluados.

El personal de los C.D.s, está formado principalmente por psicólogos y trabajadores sociales, que son los encargados de desarrollar los programas terapéuticos y de reinserción, aunque como veremos más adelante, también funcionan en estos dispositivos unos **Talleres Laborales**, que cuentan con monitores especializados.

Los programas que describiremos brevemente a continuación, van encaminados a lograr, como ya dijimos, un cambio de vida del drogodependiente, y a mantener su abstinencia, al proporcionarle unas herramientas adecuadas para enfrentar sus problemas, o su ocio, sin la necesidad de recurrir al consumo de drogas.

Podemos dividirlos en dos grupos: los obligatorios y los particulares. Mientras que unos, como se indica son generales, todos los usuarios del programa deben asistir a ellos, otros, son los que se derivan del análisis funcional de cada uno de los sujetos.

Los obligatorios son los siguientes: *prevención de recaídas, escuela de salud y escuela de padres.*

*Prevención de Recaídas.*- Basado en Marlatt y Gordon (1985), este programa, imprescindible en todo tratamiento de cualquier problema adictivo, se basa en la certeza de que lo difícil no es dejar de consumir, sino no recaer y pretende que los sujetos estudien y aprendan de sus recaídas, de forma que éstas sean cada vez más esporádicas y no sirvan de pretexto para el inicio de nuevos períodos de consumo. El programa establece unos objetivos generales y otros específicos. Dentro de los generales destacamos los siguientes:

1. Enseñar a los sujetos a identificar situaciones de alto riesgo de consumo.
2. Control de las consecuencias de la recaída: síndrome de violación de la abstinencia.
3. Manejo de la recaída: estrategias de enfrentamiento.

Entre los objetivos específicos destacan:

1. Estudio del análisis conductual del abuso de drogas, mostrando las cadenas en las que se producen consumos.
2. Cambiar estas cadenas, de forma que los consumos no tengan que producirse.

*Escuela de Salud.*- Los drogodependientes que acuden a la Red Pública de Tratamiento son, como dijimos más arriba, politoxicómanos que han comenzado su consumo y abuso de drogas desde una edad temprana. Esta forma de vida les ha llevado casi en la mayoría de los casos a abandonar los estudios a nivel de primaria. Esta circunstancia, unida a su procedencia social, hace que sus hábitos higiénicos y alimentarios sean muy deficitarios, lo que contribuye decisivamente a empeorar su estado de salud -ya de por sí precario-, como consecuencia del abuso de heroína

por vía parenteral. Este programa está diseñado para desarrollar unos hábitos de vida más sanos. Son dos los objetivos básicos:

1. Eliminar o reducir conductas de riesgo que producen patologías orgánicas graves.
2. Implantar conductas que fomenten un *nuevo estilo de vida más sano*, tales como conductas de autocuidado, alimentación, conductas de relación familiar, de ocio y tiempo libre, de ocupación laboral, etc.

*Escuela de Padres.*- Esta "escuela" está pensada no sólo para aquellos padres que tienen a sus hijos en tratamiento, sino para todas aquellas personas que tengan un toxicómano en la familia y quieran aprender unas pautas que les permitan mejorar la comunicación con él y facilitar su entrada en un proceso terapéutico. Normalmente los padres suelen expresar la idea de que "nadie puede enseñarles nada sobre sus hijos", puesto que llevan sufriendolos muchos años. En realidad, el drogodependiente suele amenazar, engañar y chantajear a sus padres, que por temor a que pueda *cometer cualquier locura*, terminan siempre por acceder a sus deseos. Por otra parte, los padres, como casi todo el mundo, suelen *castigar* las conductas negativas y no reconocen la emisión de conductas positivas cuando éstas se producen. Los objetivos fundamentales de este programa son:

1. Mejorar la comunicación familiar.
2. Conseguir que los padres actúen como coterapeutas en el proceso de rehabilitación de los drogodependientes.

Para ello se llevan a cabo las siguientes acciones a lo largo de los tres meses que dura la intervención:

1. Aprendizaje del control operante.
2. Aprendizaje de prevención de recaídas.
3. Aprendizaje de solución de problemas de ansiedad y depresión.
4. Aprendizaje de habilidades de comunicación.

Los programas no obligatorios, o sea, aquellos que sólo deben ser realizados por los sujetos cuando su análisis funcional lo indica, son los que describimos a continuación.

*Terapia Familiar.*- En muchas ocasiones los drogodependientes logran desestabilizar la convivencia de la familia, alterando las pautas de interacción previas a su consumo, de modo que el clima familiar se deteriora gravemente y se con-

vierte en una excusa más para el consumo. Los objetivos son:

1. Conseguir una participación activa de los familiares.
2. Normalización de la convivencia familiar: generando nuevas pautas de interacción.

Para lograrlos se realizan las siguientes acciones:

1. Análisis funcional de la interacción familiar.
2. Focalización de la atención familiar en conductas positivas.
3. Entrenamiento en habilidades de comunicación.
4. Habilidades de negociación y realización de contratos.
5. Actividades conjuntas de tiempo libre.

*Entrenamiento en Habilidades Sociales.*- En muchas ocasiones, oímos hablar de la *habilidad* de los toxicómanos para lograr sus objetivos. No existe tal *habilidad*, sino por el contrario, lo que podemos observar frecuentemente en su comportamiento son conductas *manipulativas*, no conductas asertivas o hábiles socialmente. Se deben alcanzar los siguientes objetivos:

1. Dar al sujeto las habilidades necesarias para enfrentarse de forma asertiva y adaptativa a los problemas que se le presentan en su vida social.
2. Adquisición de las habilidades necesarias para que el sujeto se mantenga en la abstinencia y prevenir recaídas futuras, potenciando sus recursos personales.

La enseñanza de las habilidades concretas se hace, como siempre, de forma estructurada y escalonada, partiendo de las más simples, para alcanzar al final del entrenamiento las más complejas, o la expresión asertiva de sentimientos. El procedimiento es el siguiente:

1. Objetivo de la habilidad en concreto.
2. Análisis y discusión.
3. Desglose de los componentes.
4. Ejercicios de *role playing*.
5. Tareas para casa.

Los ejercicios siguen las pautas habituales en este tipo de entrenamiento (ver Carrobbles, 1985).

*Enfrentamiento al Stress.*- Son muchas las situaciones estresantes a las que tiene que hacer frente el drogodependiente durante su proceso de rehabilitación, como también son muchas las personas que comenzaron su consumo por no saber hacer frente a problemas de ansiedad. Este pro-

grama tiene, por tanto, los dos objetivos siguientes:

1. Aprender a controlar o enfrentarse a estímulos estresantes.
2. Enseñar a los sujetos las habilidades necesarias para substituir las interpretaciones negativas que realizan de sus problemas, generando unos pensamientos más adaptativos que faciliten las respuestas de enfrentamiento, así como el aprendizaje de técnicas para controlar las respuestas fisiológicas alteradas.

Normalmente, para alcanzar estos objetivos se utiliza el método de *inoculación de stress*, de Meichenbaum (1974).

*Enfrentamiento a la Depresión.*- Los resultados de la evaluación en toxicómanos indican, en bastantes ocasiones, que los inicios del consumo tienen que ver con la "solución", a corto plazo, de estados de ánimo depresivos. El objetivo del programa es el siguiente: dotar a los sujetos de las habilidades y estrategias necesarias para enfrentarse a los estados de ánimo depresivos y resolver satisfactoriamente aquellas situaciones que los provocaban. El programa, basa en los trabajos de Ellis (1962) y Rehm (1979), se ocupa fundamentalmente de mejorar las habilidades de autocontrol de los participantes, de enseñarles la relación entre actividad placentera y estado de ánimo de reestructurar su estilo de pensamiento, evitando que aparezcan las "ideas irracionales", comúnmente asociadas a estados depresivos.

Además de estos grupos terapéuticos, en algunos **Centros de Día**, se realizan también grupos de *Autoayuda*. Estos, dirigidos principalmente por los propios toxicómanos, cumplen varias misiones, entre las que cabe destacar: el fomento de la resolución de problemas a través de los compañeros, trabajar para substituir el aspecto físico y el argot por una apariencia y un lenguaje socialmente aceptados, planificar conjuntamente actividades de tiempo libre, enseñar las normas básicas de funcionamiento del centro, reforzar la participación en sus actividades y mantener las expectativas positivas sobre el tratamiento.

No todas las actividades terapéuticas se realizan en grupos y con programas estandarizados; por el contrario, los drogodependientes asisten también a terapias individuales, donde se tratan cuestiones fundamentalmente relacionadas con los problemas puntuales que encuentran a lo largo de su proceso de rehabilitación.

Finalmente, en los C.D.s también se encuentran ubicadas las **Aulas Educativas** y los **Talleres Profesionales**, concertados con el INEM. Estos dos dispositivos, relacionados con la reinserción social, tienen por objeto colocar a los sujetos, *en las mismas condiciones* frente al mercado laboral, en las que se encuentra el resto de la población. Se trata de que aprendan las habilidades prelaborales y culturales básicas para acceder posteriormente a un empleo.

### 3. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

Como dijimos anteriormente, a estas unidades, enclavadas en grandes hospitales, van los toxicómanos únicamente por derivación expresa de los C.A.D.s. Las indicaciones para la derivación son las siguientes:

1. Padecimiento de patología orgánica grave.
2. Patología cardiovascular.
3. Embarazo.

Existen también contraindicaciones para el ingreso en estas unidades:

1. Personas con dificultades extremas de convivencia en grupo.
2. Sujetos menores de 16 años (salvo excepciones).
3. Sujetos con síntomas psicoorgánicos o psicosis funcionales.
4. No deben ingresar simultáneamente personas con relación familiar o de pareja.

La mayor parte de estas contraindicaciones tienen que ver con el carácter de internado de estas unidades. Los tratamientos se hacen mediante clonidina o guanfacina, con las pautas que establecen los médicos al hacer la valoración en la acogida. Sólo en el caso de las embarazadas suele seguir usándose, con propósitos de desintoxicación, la metadona. La estancia en la U.D.H. viene a durar de diez a catorce días, en los cuales la persona debe tomar la medicación y cumplir con las normas de funcionamiento de la unidad. Se alcanza éxito en el 90% de los casos.

### 4. Pisos de Apoyo a la Desintoxicación (P.A.D.)

Como hemos visto, entre las indicaciones de internamiento en U.D.H. no figuraba ninguna de carácter social. Sin embargo, hay drogodepen-

dientes que no pueden realizar una desintoxicación ambulatoria por falta de apoyo sociofamiliar. Para estos casos, drogodependientes que podrían por razones médicas completar una desintoxicación ambulatoria, pero que no pueden hacerla por razones sociales, se crearon los P.A.D. Estos pisos recogen hasta el 70% de los casos que anteriormente eran derivados a U.D.H.

En los P.A.D.s conviven alrededor de seis toxicómanos durante su período de desintoxicación. Unos monitores, en estrecho contacto con los centros ambulatorios, cuidan las veinticuatro horas del día de los usuarios y los trasladan a los C.A.D.s para que los médicos les administren la medicación correspondiente y supervisen el proceso. Estos pisos, además de descargar los hospitales de indicaciones sociales, resultan mucho más baratos y cumplen una importante función dentro de la Red.

### 5. Comunidad terapéutica (C.T.)

Este dispositivo, considerado de *tercer nivel*, recibe personas ya desintoxicadas y derivadas desde los C.A.D.s.. Como los anteriores, presenta unos criterios de indicación que en este caso son los siguientes:

1. Tener 18 años o más.
2. Haber cumplido un proceso de desintoxicación.
3. Presentar una carencia clara de autocontrol, que impida un tratamiento ambulatorio.

Las contraindicaciones serían:

1. Presentar patología orgánica que requiera atención sanitaria específica y/o enfermedad infecciosa-contagiosa en fase activa.
2. Sujetos con psicopatología que requiera tratamiento específico.
3. No se permite el ingreso simultáneo de miembros de la misma familia o de parejas.

El objetivo central a lograr en una C.T., es dotar al drogodependiente de las habilidades de autocontrol necesarias para poder completar con éxito un tratamiento ambulatorio. Entendemos por autocontrol la capacidad del sujeto para regular su propia conducta a través de estrategias aprendidas, como son el control de estímulos y las respuestas elicítadas por éstos, así como la correcta valoración de su ejecución, junto con las consecuencias producto de la misma, ya sean reforzantes o aversivas, a corto plazo o largo plazo.

En toda terapia de autocontrol, es fundamental, en un principio, el control estimular externo, para

ir cediendo progresivamente el control al individuo. En este sentido, los sujetos que realizan el programa de C.T., son sometidos a un control externo muy riguroso durante las primeras semanas de tratamiento. En este período de tiempo, no pueden realizar salidas al exterior, ni comunicarse telefónicamente con nadie. El día en una C.T., está perfectamente planificado, de modo que los drogodependientes tienen actividades que realizar desde que se levantan, sobre las 7 h., hasta que se acuestan a las 11 h., sin que sea posible alterar, cambiar o faltar a ninguna de las actividades de los talleres o terapias. Aunque este plan de actividades continúa inflexible a lo largo de los aproximadamente seis meses de tratamiento, se van permitiendo progresivamente salidas al exterior, en primer lugar acompañados y regresando a dormir, y finalmente con la posibilidad de pernoctar en sus domicilios.

Las terapias que se realizan son esencialmente las mismas que en un centro ambulatorio, pero siempre se hace un mayor hincapié en aspectos como la auto-observación, auto-evaluación y auto-refuerzo, así como en la planificación de metas y actividades, la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Al finalizar su estancia en la C.T., el individuo regresa al centro ambulatorio que le derivó para finalizar allí su tratamiento. Este momento debe estar perfectamente planificado y coordinado con los terapeutas del C.A.D., pues si no, podrían producirse recaídas al regresar el toxicómano al ambiente en el que comenzó su abuso de drogas.

## 6. Pisos de Apoyo al Tratamiento (P.A.T.)

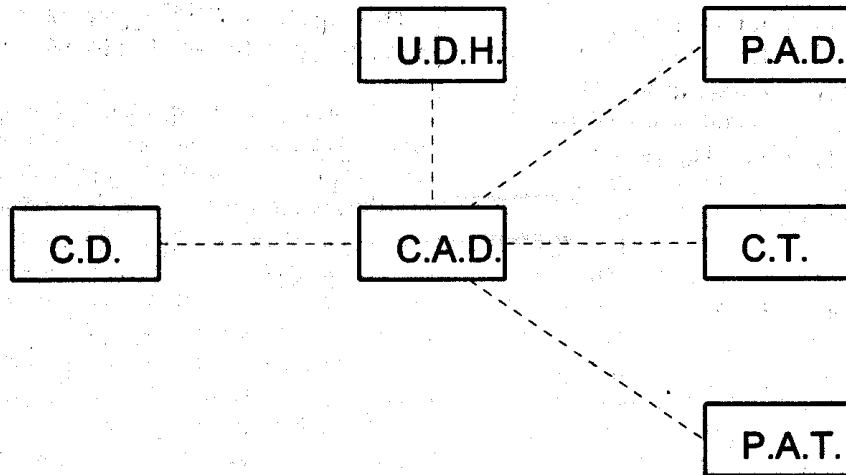
Al igual que antes de crearse los P.A.D.s, las U.D.H.s se llenaban de indicaciones sociales, antes de ponerse en funcionamiento los P.A.T.s, las C.T.s tenían también que recibir drogodependientes por este tipo de problemas, normalmente falta de apoyo socio-familiar, o de domicilio donde residir durante el período de deshabitación. Cuando no existe *falta de autocontrol*, no tiene sentido la derivación a una C.T. Para cubrir este espacio: apoyo social durante el tratamiento, se idearon los P.A.T.s.

En estos pisos residen alrededor de seis personas durante su tratamiento, unos 18 meses. Los monitores encargados del funcionamiento del piso, permanecen en estrecho contacto con sus terapeutas, de modo que cualquier decisión a tomar se haga de común acuerdo, sin que en ninguna circunstancia puedan darse instrucciones contradictorias. En estos pisos está prohibido el consumo de cualquier tipo de sustancias psicoactivas, ilegales o no, y son los propios toxicómanos los que se encargan del funcionamiento diario, asumiendo todas las tareas de mantenimiento. Se trata de que el tiempo que pasen en el piso, mientras no estén en el centro de tratamiento, tengan actividades que realizar y se programen también salidas los fines de semana.

En el cuadro resumen podemos apreciar los dispositivos que acabamos de describir y observamos como los C.A.D.s constituyen el centro neurálgico de la red, de donde parten todas las derivaciones y donde se reciben estas una vez finalizada la intervención en el resto de los dispositivos.



### Red Libre de Drogas



Para más información sobre una Red Libre de Drogas, ver Mateo (1989).

### Red de Reducción del Daño

Por muy bien que llegue a funcionar una Red Libre de Drogas, ésta nunca es válida para *todos* los drogodependientes, y esto es así por varias razones:

- 1ª, no todos los toxicómanos se acercan al tratamiento
- 2ª, para algunos consumidores, la abstinencia es un objetivo inalcanzable
- 3ª, en algunos casos es prioritario un tratamiento orgánico.
- 4ª, no todos los adictos desean dejar el consumo.

Por todas estas causas, se deben poner en marcha intervenciones que atiendan a esta población, que suele ser además la que presenta cuadros de mayor marginalidad y deterioro físico, a causa de sus hábitos de consumo.

Estos programas tratan de atraer a las redes de tratamiento a los toxicómanos más marginales, cambiar sus hábitos de consumo, y/o proporcionarles drogas sustitutivas, menos dañinas para su salud. La necesidad de estas intervenciones, se ha visto acrecentada por la aparición del VIH, y la constatación del peligro que supone el compartir material inyectable para la transmisión de este virus.

Son tres grandes grupos de programas lo que comúnmente se engloban en la *reducción del daño*: los tratamientos con **metadona**, los de **intercambio de jeringuillas** y los de **captación** de población toxicómana. Todos ellos pueden realizarse de diversas maneras y con distintos dispositivos, entre ellos los **servicios móviles**. A continuación los comentaremos brevemente.

**Programas de Metadona.** Aunque son ciertos los casos de drogodependientes que después de su primer contacto con un dispositivo terapéutico de este tipo, pasan a tratamientos libres de drogas, no es éste el principal objetivo de estas intervenciones. Hoy día sólo se utilizan, salvo excepciones, como programas de mantenimiento a largo plazo. La idea es proveer de un sustitutivo opiáceo a las personas que no quieren, o no pueden dejar el consumo. Las ventajas que plantea la metadona son múltiples. Por un lado, la administración suele ser por vía oral, con lo que se eliminan todos los riesgos que conlleva la inyección; por otro, sólo hay que tomar este producto una vez diaria, frente a las tres o cuatro que lo requiere la heroína, lo que permite una mayor normalización de la vida de los sujetos. Finalmente, es también muy favorable el que esta sustancia esté bajo control, con lo que puede garantizarse siempre su composición. Naturalmente también se presentan inconvenientes. La metadona no produce el efecto *flash* o de *subida* que produce la heroína y que es uno de los mo-

mentos más placenteros para los adictos, con lo que muchos de ellos no dejan el consumo de heroína a pesar de estar tomando metadona. Aún así, los beneficios, la eliminación de riesgos y el control que se puede tener sobre los usuarios, para su inclusión, voluntaria, en otros programas, justifica su implantación. En relación con este último punto, debemos reseñar, que aunque puede haber dispositivos en los que sólo se dispense metadona, la mayoría de ellos tienden a ofrecer conjuntamente programas de educación para la salud, información y/o gestión de servicios sociales, campañas de vacunación contra diversas enfermedades, etc., cubriendo así las áreas bio-psico-sociales, para ofrecer un tratamiento global.

Lo que los distintos programas de metadona ofertan, suele estar en relación con la población a la que atienden. Son dos los perfiles de los usuarios:

1. Sujetos altamente desestructurados, marginales, con serios problemas de salud, como SIDA en fases avanzadas, incapacitados para abandonar el consumo.
2. Sujetos que por el contrario mantienen un alto ajuste socio-laboral y familiar, pero que fracasan reiteradamente en los tratamientos libres de drogas.

Estas dos poblaciones, como puede verse muy distintas, suelen, cuando es posible, adscribirse a programas de metadona diferentes, con mayor o menor oferta de otras acciones.

**Intercambio de Jeringuillas.** Como mencionamos más arriba, el compartir material inyectable es una de las vías importantes de transmisión, junto a las relaciones sexuales, del virus del SIDA entre los drogodependientes. Esto, aunque ya ha producido un cambio importante en la vía de administración de la droga entre los más jóvenes, que dan preferencia a la inhalación o la vía fumada, frente a la parenteral, es uno de los mayores problemas sanitarios de la actualidad. Para atajar esta forma de contagio, se han puesto en marcha este tipo de intervenciones. Se trata de intercambiar jeringuillas usadas por nuevas, de modo que se recoja de la vía pública este material infeccioso y se evite el riesgo que supone compartir las usadas por falta de jeringuillas limpias. Al entregar las nuevas, estas se acompañan de un conjunto formado por aguja, agua destilada, apósito, naturalmente jeringuilla y en algunas ocasiones preservativos. El intercambio suele llevarse a cabo de diferentes

formas y en distintos lugares, según quien lo realice. Los más usuales son:

1. Organizaciones no gubernamentales, en sus locales.
2. Servicios móviles, públicos o privados.
3. Oficinas de Farmacia
4. Máquinas de intercambio, instaladas por las Administraciones Públicas.

Son muy escasas las O.N.G.s que se dedican al intercambio de jeringuillas en España, mientras que en otros países de la CEE esta es una práctica común. En Inglaterra, algunas de ellas llegan a establecer contacto con los pequeños traficantes de su zona de influencia y les suministran las jeringuillas necesarias, para que al vender sus dosis, las acompañen del material inyectable estéril. El porcentaje de retorno de jeringuillas usadas suele, en algunos casos, superar el cien por cien.

Las Oficinas de Farmacia prefieren, por lo general, la donación, más que el intercambio, del material inyectable. Los *kits* que dispensan los farmacéuticos llevan todos los componentes que describimos anteriormente y están subvencionados por la Administración.

Las máquinas intercambiadoras están dotadas de un mecanismo por el cual reconocen una jeringuilla, que se introduce a través de un émbolo y dispensan a cambio un *kit* de material inyectable estéril. En España, al menos en la Comunidad de Madrid, han sido mal acogidas por la población *normal* que las veía como un peligro potencial para la proliferación de drogodependientes en las zonas en las que han sido instaladas.

**Programas de Captación.** Uno de los problemas más graves con los que encuentra cualquier programa sobre drogas, es el de llegar, con unos recursos u otros a toda la población drogodependiente para la que se ha creado. Esto no sólo es especialmente difícil por la gran cantidad de programas que hay que crear, buena prueba de que una vez más los constructos *no funcionan*, (cada toxicómano es distinto), sino por el *temo* o la *falta de credibilidad* que en algunas ocasiones tiene la Administración entre los toxicómanos. Por esta razón, hay que contar para estas tareas muy especialmente con las distintas asociaciones, con el tejido social de los barrios.

A parte de los servicios móviles, que comentaremos al final, se han puesto en marcha una gran variedad de programas, como los siguientes:

**Centros de emergencia social**, muy diferentes unos de otros en su funcionamiento, pero todos con la idea básica de ofrecer ayuda puntual, refugio, orientación y alimento al sujeto que se encuentra perdido en un determinado momento.

**Trabajo Social de Barrio**, un intento de captar en la calle a los drogodependientes para incluirlos en diferentes programas. Los profesionales que realizan estos programas deben conocer a la perfección el barrio y llegar a convertirse en personas de referencia para los drogodependientes, para ello es, una vez más, inestimable la colaboración de las ONGs.

**Servicios Móviles**, no constituyen en sí un programa, pero son una de las formas más efectivas de llevar a cabo algunos de los que hemos comentado anteriormente. La intención es acercar los servicios a los usuarios, de modo que éstos puedan utilizarlos con más facilidad, sin tener que desplazarse, o en el momento preciso. Normalmente funcionan tres tipos:

- 1) **Autobuses de metadona**, acercan diariamente esta sustancia a puntos diversos de una ciudad o una Comunidad con un horario fijo. Tienen la ventaja de no concentrar grandes grupos de adictos en un sólo punto y llevan metadona hasta lugares donde no se justificaría la creación de un dispositivo estable. El inconveniente principal, es que no permiten otro tipo de intervenciones que complementen la administración del substitutivo.
- 2) **Autobuses de acogida, información y derivación**, en Madrid funciona el de Inserción Social I Drogodependientes (Isidro). Este autocar recorre radialmente la Comunidad en horario nocturno, acercándose a los lugares de consumo y

ofreciendo allí sus servicios, garantizando el anonimato de los usuarios. En el autobús viaja un médico y un trabajador social, los toxicómanos pueden demandar desde una analítica completa, que se les entrega la semana siguiente, hasta información sobre los servicios sociales o sanitarios de la zona, intercambio de jeringuillas, un bocadillo o un rato de compañía. Son muchos los drogodependientes que a partir de su toma de contacto con este dispositivo, ingresan después en servicios normalizados, de la misma manera que muchos adictos, cuando abandonan los tratamientos normalizados, acuden regularmente al autobús. Para su buen funcionamiento necesita de una perfecta coordinación con los servicios especializados de las localidades que visita.

- 3) **Autobuses de intercambio de jeringuillas**, efectúan el intercambio, igual que los otros dispositivos, pero acudiendo a los lugares de consumo de los barrios más marginales, para facilitar el canje en el momento en que va a ser usado el material inyectable.

Hemos querido ofrecer un breve análisis de todos los dispositivos con los que cuentan, o deben contar, los plenas sobre drogas de las distintas administraciones, aunque queremos hacer énfasis en la idea de que el problema de las drogas no compete únicamente a las Administraciones Públicas. Si queremos resolver este problema, si queremos convivir con él bajo control, todos debemos hacernos responsables, como profesionales, como padres, como miembros de la sociedad, siempre podremos contribuir, en parte, a su solución.

## Referencias bibliográficas

- Alvárez, J. (1990). El plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid, en *Comunidad y Drogas*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Carrolles, J.A.I. (1985). *Manual de Modificación de conducta. Aplicaciones clínicas*. Madrid: UNED.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in psychotherapie*. New York: Stuart.
- Marlatt, A. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press
- Mateo, C. (1989). *Plan Regional sobre Drogas*. Madrid: Consejería de Integración Social.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Rehm, L.P. y Kornblith, S.J. (1979). Behavior therapy for depression: a review of recent developments. En Hersen, Eisler y Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press
- Santacreu, J. (1992). *El problema de la Droga*. Valencia: Promolibro.
- Segura, M. (1992). *Análisis Funcional de la Conducta*. Granada: Universidad de Granada.

