

ASOCIACIÓN JOMAD

MEMORIA

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Y REINSERCIÓN

2016

Laura Silva Benítez

Psicóloga -JOMAD-

Málaga, 8 de Febrero de 2017

INTRODUCCIÓN

En la literatura especializada, diversos autores sostienen que en todo trastorno psicológico, la persona afectada pasa por varias fases en las que varía el grado de conciencia de enfermedad. La primera de estas fases es la llamada *etapa precontemplativa*, en la que la persona percibe que hay algo que no marcha bien en su vida pero se resiste a tomar conciencia del problema en sí. De otra mano, tenemos que la intervención más apropiada para combatir el problema de la drogodependencia pasa por una primera fase de internamiento y aislamiento, lo que conlleva un gran esfuerzo por parte del paciente. Es común que las personas con dependencia a algún tóxico, que se encuentran en *precontemplación*, se nieguen a internarse en una comunidad terapéutica, por no considerar que el problema que tienen requiera una medida tan contundente. El tratamiento ambulatorio está dirigido, entre otras personas, a aquellas que se encuentran en esta situación porque permite reestructurar las ideas erróneas que tienen acerca de las drogodependencias y ayuda a que adquieran finalmente conciencia del problema que les afecta. De este modo, los pacientes pueden recibir tratamiento psicológico especializado sin perder su puesto laboral o romper sus relaciones familiares por ejemplo, permitiendo una continuidad con su vida social, familiar y laboral.

Hasta hace unos años, la práctica habitual de los distintos centros de rehabilitación se centraba en abordar el problema de drogodependencias internando y aislando al paciente durante una serie de meses, en los que se le mantenía alejado de los focos de riesgo de consumo y se le proporcionaba asistencia psicológica. Después de dicho periodo el paciente volvía a su entorno de origen. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto la necesidad de seguir

brindando al paciente apoyo psicológico para ayudarlo a afrontar los problemas propios de la vida cotidiana, disminuyendo así la posibilidad de recaída. Éste es, por tanto, otro de los objetivos del tratamiento ambulatorio: continuar el proceso terapéutico cuando el paciente ya se ha reincorporado a su vida normal, después de recibir el alta en una comunidad terapéutica o vivienda de apoyo a la reinserción. Este seguimiento del paciente después de haber pasado por la primera fase de internamiento, o seguidamente por la fase de reinserción, nos ayuda a la prevención en recaídas, y nos da una oportunidad para continuar trabajando cuestiones personales que se dan en la vida cotidiana dentro de las distintas áreas de ésta (socio-relacional, familiar, laboral), encontrar déficits y carencias personales para seguir trabajándolas, asumir nuevos retos y reforzar aprendizajes ya adquiridos en otras etapas del proceso de recuperación. El Tratamiento Ambulatorio permite que el proceso se pueda concluir de forma progresiva ofreciéndole a la persona un entorno de seguridad.

Va dirigido a pacientes que siguen el tratamiento residiendo en su domicilio y de forma periódica acuden a sesiones terapéuticas individuales (dependiendo de la fase de tratamiento de forma semanal, quincenal o mensual) y grupales. En estas sesiones, se tratan diferentes aspectos: Psicoeducación (información detallada sobre los efectos del consumo de sustancias), toma de conciencia del fenómeno de la adicción, modificación de los factores que mantienen el consumo, prevención de recaídas, habilidades sociales, resolución de conflictos, etc. Realizando, asimismo, un programa individualizado de intervención.

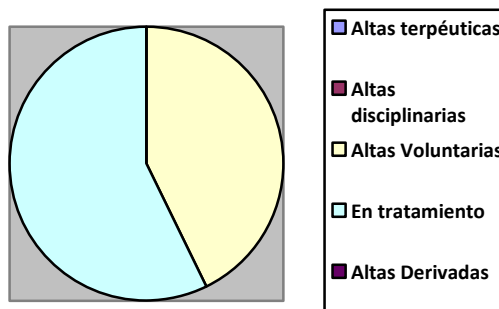
En no pocos casos, durante el programa de tratamiento ambulatorio se producen consumos reiterados o situaciones de riesgo extremo, en cuyo caso se pone de manifiesto que el paciente necesita una intervención terapéutica más

profunda, separándolo del contexto problema y se le aconseja su ingreso en nuestra Comunidad Terapéutica. En otros casos, ya sea por el grado adicción, por características personales o por factores externos, el paciente logra reconducir, mantener la abstinencia y reestructurar su vida. En cualquier caso, el tratamiento ambulatorio constituye una respuesta a las necesidades terapéuticas de aquellas personas que no necesitan o no están preparadas para su ingreso en un centro de internamiento o, mismo, para aquellos usuarios que ya han podido superar esa fase.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Origen y situación de los pacientes

Durante el año 2016 ha disminuido notablemente el número de pacientes que han pasado por nuestro recurso a nivel Ambulatorio. Se ha dado un total de 7 personas de las cuales 4 siguen recibiendo atención terapéutica mientras que 3 han recibido algún tipo de alta. Concretamente, se han concedido: 3 altas voluntarias.

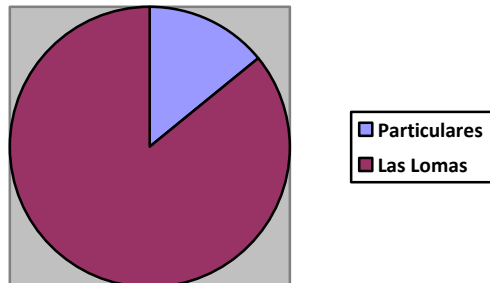


Durante el transcurso del 2016, han sido la mitad de los pacientes los que han abandonado el tratamiento, bien por motivos económicos, ya que les era

complicado poder costearlo, bien porque necesitaban otro tipo de recurso, ya que se ausentaban debido a que se encontraban en recaída, o bien por tener una falsa sensación de haber superado su problema (lo que en varios casos nos consta también que ha acabado en una recaída al poco tiempo).

Debido al carácter crónico del trastorno que nos ocupa y a la baja adherencia al tratamiento que suele presentar este tipo de pacientes, **la mera continuidad del tratamiento puede considerarse un éxito del mismo**, a pesar de que se necesiten varios meses, o años, hasta que se produzca el alta terapéutica.

En este año, los pacientes que llegan a nosotros son personas que conocen la asociación vía internet o también, han llegado desde nuestro recurso de Comunidad Terapéutica "Las Lomas". El siguiente diagrama nos da una imagen visual para saber de dónde han venido los usuarios este año para realizar T. A.



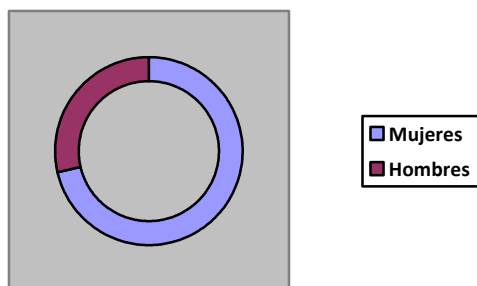
Como se cita anteriormente, el origen de los pacientes de tratamiento puede ser de personas procedentes de la Comunidad "Las Lomas" (6 personas), de nuestra VAR, de otras comunidades o recursos o directamente interesándose en la sede de la Asociación (1 persona). En este caso los usuarios y familiares esperan poder atajar el problema de forma ambulatoria pudiendo compatibilizar el tratamiento con la vida familiar, laboral y social.

Perfil de los pacientes

A continuación se presentan las diferentes variables analizadas así como la distribución de las mismas y una breve interpretación:

- Sexo:

La mayoría de las personas atendidas son mujeres, en este caso 5, y una minoría de hombres, 2 usuarios, rompiendo la tendencia habitual en este colectivo:



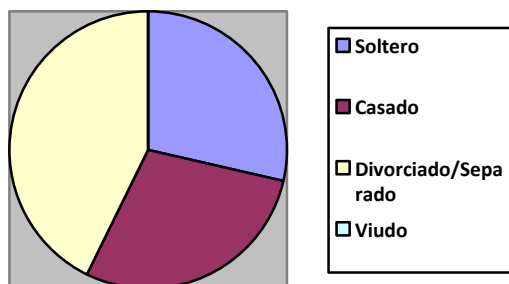
- Edad:

El promedio de edad de los pacientes de tratamiento ambulatorio es de 45 años. El paciente más joven que pasa por este recurso tiene 24 años y el mayor 63.

- Estado civil

En 2016, el estado civil de los usuarios que han pasado por nuestro recurso es el siguiente: 2 personas solteras, 2 personas casadas y 3 personas separadas.

En muchos de los casos, una de las principales causas de la separación ha tenido que ver con las consecuencias negativas que el consumo ha ocasionado en la vida familiar y de pareja.



- **Nivel de estudios**

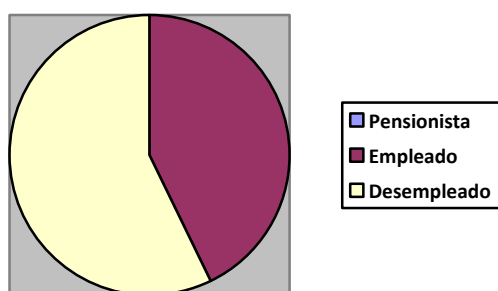
El nivel de estudios más frecuente de la población que se ha atendido durante el año 2016 es de estudios primarios/certificado de escolaridad, siguiendo con la tendencia de años anteriores.

- **Situación laboral**

Como en otros sectores de la sociedad, la población que atendemos en JOMAD también está sufriendo el azote de la crisis y el desempleo de larga duración, un factor negativo que puede considerarse de alto riesgo ante la recaída. Si ya es difícil la estabilidad laboral en estos tiempos, aún es más complicado para estas personas que en muchos casos tienen que empezar una vida nueva en otro lugar y carecen de una red de apoyo suficiente. Este recurso, que en períodos anteriores ha estado dirigido sobre todo a personas trabajadoras, en este momento se dedica gran parte del tiempo a la motivación para el empleo y la formación de cara a mejorar la empleabilidad, también a la

derivación a centros e instituciones de formación y empleo, realizando así un apoyo para conseguir uno de los objetivos tan básicos como es el de poder conseguir un empleo para poder lograr una motivación, satisfacción y bienestar personal. También se ha dado el caso en que el empleo se ha perdido por consecuencias derivadas del consumo.

La situación de los usuarios queda así:



- VIH

Otra variable que nos indica que el paciente tipo de tratamiento ambulatorio está menos deteriorado que los de otros recursos, es la presencia o ausencia de VIH. En este recurso no hay ningún paciente que porte el VIH, al igual que en años anteriores.

- Causas Judiciales

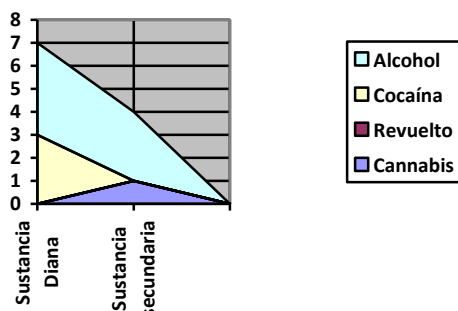
La drogadicción es un problema muy relacionado con la actividad delictiva, dado el elevado coste de las sustancias estupefacientes y el carácter adictivo del consumo. El 14% de las personas que pasaron por tratamiento ambulatorio se encontraban a la espera de la resolución de una o más causas judiciales o estaban cumpliendo medias judiciales alternativas a prisión.

- **Edad de inicio de consumo**

La edad media de inicio del consumo de las personas que han pasado por tratamiento ambulatorio durante 2016 es de 15 años. Las edades de inicio de consumo que más se repiten son las que van de los 14 a los 16 años.

- **Sustancia Diana y otras sustancias**

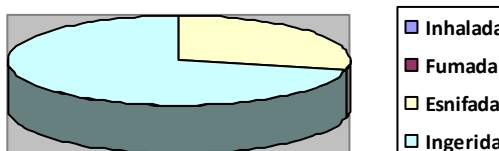
Este término hace referencia a la sustancia cuyo consumo es considerado problemático por el paciente. Es el alcohol la sustancia diana mayoritaria en este tipo de tratamiento durante 2016. Sigue siendo la cocaína como en años anteriores una sustancia por la que llegan un número elevado de pacientes en proporción. Pero es el alcohol lo que permanece y está presente tanto como sustancia diana, como sustancia secundaria. En otros años anteriores, los datos nos indicaban que el alcohol era la sustancia secundaria por excelencia, sin embargo durante 2016, sigue habiendo un abuso del alcohol de forma secundaria a la sustancia problema y al mismo tiempo, para la mayoría de los casos era la principal sustancia a abordar.



Lo más habitual es que la demanda que presentan las personas que acuden a consulta sea conseguir la abstinencia de una sola sustancia. No obstante, la mayoría de pacientes consumen otras sustancias además de la principal. El consumo de estas sustancias secundarias no suele ser considerado un problema por el paciente pero la realidad es que muchas recaídas vienen facilitadas por sustancias diferentes a la que fue objeto de tratamiento. El consumo de alcohol, tan normalizado en nuestra sociedad, está asociado a un porcentaje importante de pacientes adictos a otras sustancias. Dentro de estas adicciones "secundarias" durante 2016 se encuentran: el cannabis y en mayor parte el alcohol.

- **Vía de consumo primaria**

Una misma sustancia puede ser consumida por diferentes vías de introducción en el organismo, este factor está relacionado con la fase de la adicción en la que se encuentra el paciente, ya que a medida que su situación económica se hace más precaria, recurre a métodos más potentes de consumo para rentabilizar al máximo el coste de dicha sustancia. Los pacientes que acuden a tratamiento ambulatorio no presentan un nivel de deterioro tan alto como aquellos que recurren al régimen de internamiento, este hecho se ve reflejado en las modalidades de consumo:



- **Programa de Metadona**

En los últimos años ha disminuido el consumo de heroína, por consiguiente el uso terapéutico de Metadona también se ha reducido notablemente, hecho que queda reflejado en la población atendida por JOMAD, en la que no se ha dado ningún caso de personas que están adscritas al programa de Metadona en tratamiento ambulatorio.

- **Patología Dual**

Dado el número elevado de casos que existen de nuestros pacientes que tienen algún otro tipo de trastorno mental asociado, introducimos este apartado, dado que no es infrecuente darnos con las personas que lo sufren dentro de nuestra asociación, aunque a lo largo de 2016 no se ha dado ningún caso en Tratamiento Ambulatorio.

CONCLUSIONES FINALES:

Durante el 2016 cabe destacar la disminución paulatina de pacientes atendidos en el programa de tratamiento ambulatorio. Algunos factores que pueden llevar a esta situación son:

Por un lado, la difícil situación económica en la que se encuentran las familias y usuarios/as, que no pueden permitirse costear este tipo de atención y recurren a organismos públicos o bien que por cuestiones laborales o familiares tienen que desplazarse fuera de la ciudad. Se han producido algunas consultas, al igual que en períodos anteriores, pero finalmente han tomado la decisión de recurrir a otros programas que no les supongan una inversión económica. Nuestra asociación, a pesar de becar algunos de los tratamientos, tampoco se encuentra en una situación económica, y por consiguiente de personal, holgada como para atender a todas las personas necesitadas de asistencia.

Por otro, los pacientes que acuden a Tratamiento Ambulatorio ya no cumplen el perfil tradicional de "adicto en situación de marginalidad". Algo que llevamos observando hace algunos años. En este año especialmente, se han tratado a pacientes con adicción a la cocaína y pacientes con adicción al alcohol como principales sustancias problema. Por lo general, son personas que pueden llevar una "vida normalizada" aparentemente, pero no se mantienen estables en el tratamiento, notándose un bajo nivel de compromiso y colaboración, por lo que ante una mejoría mínima de la situación crítica que les llevó a pedir ayuda, se produce un abandono temprano del tratamiento. También ocurre que suelen darse ausencias en los momentos en los que ha existido algún consumo durante el tratamiento, de forma que no se puede realizar un trabajo de la recaída en profundidad dada la evitación y el escaso afrontamiento ante el abordaje de lo

ocurrido. En estos casos, suele producirse un abandono temprano del tratamiento y posterior recaída.

Memoria elaborada por:

Laura Silva Benítez

Psicóloga -JOMAD-

Málaga, 8 de Febrero de 2017