

ASOCIACIÓN JOMAD

MEMORIA

TRATAMIENTO AMBULATORIO

2017

Laura Silva Benítez

Psicóloga -JOMAD-

Málaga, 21 de Febrero de 2018

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 ayudarle 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.

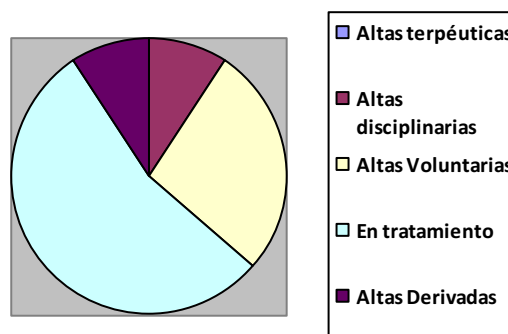
En no pocos casos, durante el programa de tratamiento ambulatorio se producen consumos reiterados o situaciones de riesgo extremo, en cuyo caso se pone de manifiesto que el paciente necesita una intervención terapéutica más

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

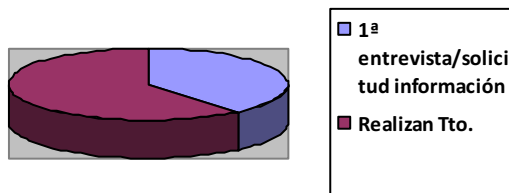
Durante el año 2017 ha aumentado el número de pacientes que han pasado por nuestro recurso a nivel Ambulatorio. Se ha dado un total de 11 personas, de las cuales 6 siguen recibiendo atención terapéutica mientras que 5 han recibido algún tipo de alta. Concretamente, se han concedido: 3 altas voluntarias, 1 derivación y 1 alta disciplinaria.



Existe un mayor número de personas en tratamiento, debido a que hay que tener en cuenta que, para un alta terapéutica, el tiempo de seguimiento y paso por el recurso es de 2 años.

Durante 2017, han sido 7 las personas que han solicitado información, manifestando deseo de seguimiento y de ingreso en el recurso o han tenido la 1ª entrevista, pero luego no han continuado tratamiento. Por tanto el análisis de datos, se realizará en torno a las 11 personas excepto las variables de sexo y personas que se acercan al recurso, que será de un número total de 18.

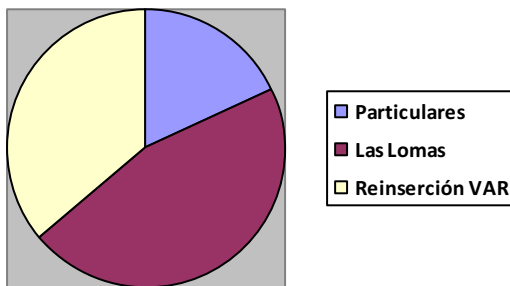
Nº de personas interesadas en el recurso



Normalmente, las personas que realizan la 1ª entrevista y/o solicitan información telefónica, suelen estar en la etapa de precontemplación que comentábamos en la introducción. Se observa mucho mayor compromiso en las personas que han recibido un alta terapéutica de comunidad o reinserción y continuar T. A.

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 nuestros recursos de Comunidad Terapéutica "Las Lomas" y VAR. El siguiente diagrama nos da una imagen visual para saber de dónde han venido los usuarios para realizar T. A.



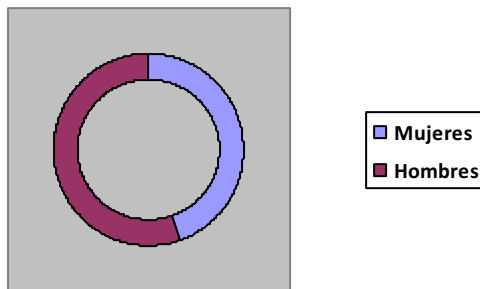
Como se cita anteriormente, el origen de los pacientes de tratamiento puede ser de personas procedentes de la Comunidad "Las Lomas" (5 personas), de nuestra VAR (4 personas), de otras comunidades o recursos, o directamente interesándose en la sede de la Asociación (2 persona). En este caso los usuarios 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:

En un total de 18 personas, acceden al recurso 10 hombres y 8 mujeres. Estando bastante equilibrado, entre hombres (6) y mujeres (5), el número de personas atendidas que continúan tratamiento:



- Edad:

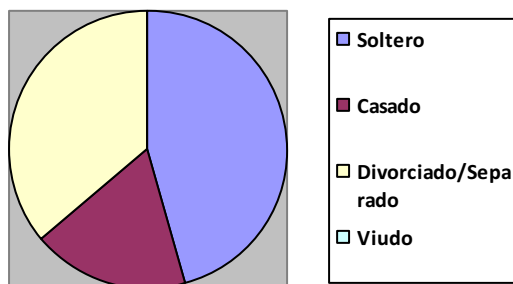
El promedio de edad de los pacientes de tratamiento ambulatorio es de 41 años. El paciente más joven que pasa por este recurso tiene 24 años y el mayor 61.

- Estado civil

En 2017, el estado civil de los usuarios que han pasado por nuestro recurso es el siguiente: 5 personas solteras, 2 personas casadas y 4 personas separadas.

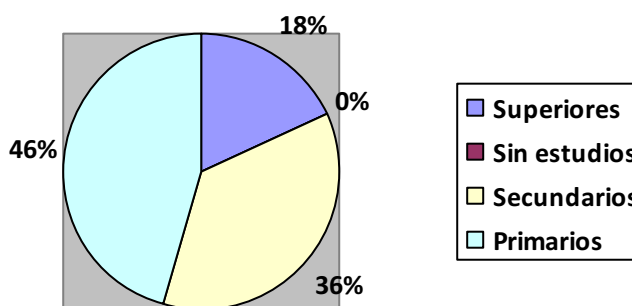
En muchos de los casos, una de las principales causas de la separación ha tenido que ver con las consecuencias negativas que el consumo ha ocasionado

en la vida familiar y de pareja, por tanto, no es de extrañar que exista un índice alto de personas en esta situación, dentro de esta variable de población. Lo que más destaca es soltero/a y separado/a.



- Nivel de estudios

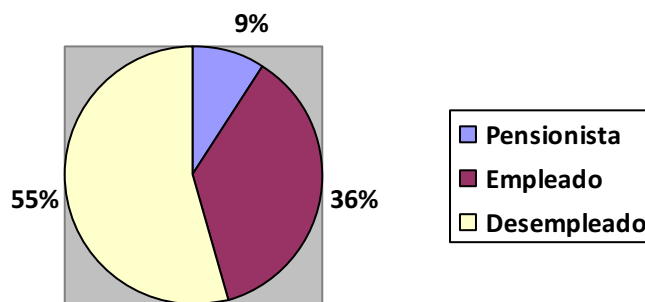
El nivel de estudios más frecuente de la población que se ha atendido durante el año 2017 es de estudios primarios/certificado de escolaridad, aunque están bastante igualados con estudios medios, secundarios o de FPO. También hemos encontrado un par de casos de personas que tienen estudios superiores.



- **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. Aún así, hay mayor índice de empleo en T. A. que en otros recursos.

La situación de los usuarios en 2017 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 27% 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.

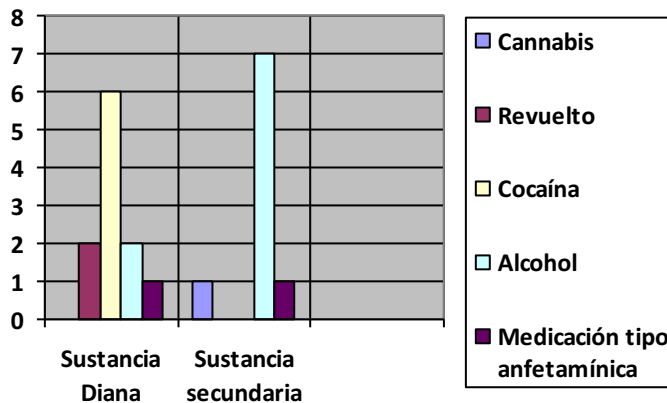
- **Edad de inicio de consumo**

La edad media de inicio del consumo de las personas que han pasado por tratamiento ambulatorio durante 2017 es de 19,6 años. Las edades de inicio de consumo que más se repiten son las que van de los 17 a los 20 años.

- **Sustancia Diana y otras sustancias**

Este término hace referencia a la sustancia cuyo consumo es considerado problemático por el paciente. Es la cocaína la sustancia diana mayoritaria en este tipo de tratamiento durante 2017. 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, y este dato sigue existiendo actualmente en pacientes de tratamiento ambulatorio.

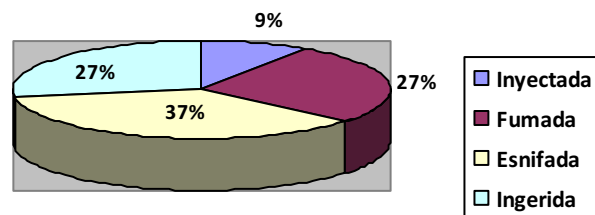


Lo más habitual es que la demanda que presentan las personas que acuden a consulta sea conseguir la abstinencia de una sola sustancia. No obstante, la mayoría de pacientes consumen otras sustancias además de la principal. El consumo de estas sustancias secundarias no suele ser considerado un problema 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 2017 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 es frecuente darnos con las personas que lo sufren dentro de nuestra asociación, aunque a lo largo de 2017, tan solo se ha dado un caso en Tratamiento Ambulatorio.

CONCLUSIONES FINALES:

Durante el 2017 cabe destacar que se ha dado un ligero aumento de pacientes atendidos en el programa de tratamiento ambulatorio. Aún así, siguen presentes algunos factores que pueden llevar a que el número de personas atendidas en este recurso no sea demasiado elevado comparado con los recursos de Comunidad o Reinserción. Lo que lleva a esta situación son distintos factores:

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 en desplazamiento. 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, 21 de Febrero de 2018