

Informe de Investigación

**ANÁLISIS Y DESARROLLO
DE UN PROTOCOLO DE
ATENCIÓN AMBULATORIA
A PERSONAS
TOXICÓMANAS**

Dirigido por:

Dr. Francisco Rivas Martínez
Dr. Francisco Alcantud Marín

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Universitat de València

VALENCIA, 1994

La presente investigación ha sido realizada bajo el marco del convenio firmado entre la Universitat de València (Estudi General) y el Exmo. Ayuntamiento de Valencia, en ella han colaborado a lo largo de seis meses y como continuación al convenio suscrito en el año 1993 el equipo de personas abajo referenciado.

Director:

Dr. Francisco Rivas Martínez

Investigador Principal:

Dr. Francisco Alcantud Marín

Personal colaborador del PMD:

Dr. Francisco J. Bueno Cañigal

Dña. Concha Carretero Pérez

D. Agustín Durán Gervilla

Dña. Rosa M^a Martí Nadal

D. Ricardo Pérez Gerada

D. Armando Serrano Badia

Dña. Ana Soler Díaz

Personal colaborador externo:

Dña. Amparo Aleis Barrera

Dña. Carmen Gayá Ballester

	Pag.
ÍNDICE	
Presentación	4
1.- Objetivos asistenciales del Programa Municipal de Drogodependencias	7
1.1.- Introducción	8
1.2.- Descripción general del servicio	10
1.2.1.- Servicio terapéutico ambulatorio	10
1.2.1.1.- Recepción	10
1.2.1.2.- Entrevista de acogida	11
1.2.1.3.- Síndrome de abstinencia	12
1.2.1.4.- Deshabitación y seguimiento de la abstinencia	13
1.2.2.- Centro de día	13
1.2.3.- Estructuración del servicio	16
1.3.- Otras actuaciones en el PMD	19
2.- Algunas consideraciones acerca de un modelo psicoterapéutico	20
2.1.- Encuadre epistemológico	21
2.2.- Un modelo constructivista de psicoterapia con toxicómanos	23
2.3.- Fases del Tratamiento	31
2.3.1.- Fase I: Desintoxicación o fase inicial de tratamiento	31
2.3.2.- Fase II: Deshabitación o fase intermedia	33
2.3.3.- Fase III: Control y seguimiento de la abstinencia	39
3.- Puesta en marcha del protocolo	43
4.- Bibliografía	44
Documento I: Ficha de afiliación al servicio	49
Documento II: Entrevista de acogida del Psicólogo	51
Documento III: Entrevista de acogida del Médico	61
Documento IV: Entrevista de acogida del Trabajador Social	66
Documento V: Informe e instrumentos de psicodiagnóstico	74
Documento VI: Programa de tratamiento individualizado	94
Documento VII: Hojas de seguimiento psicológico, Médico o actuación social	96
Documento VIII: Informe de alta/baja	98
Documento IX: Informe sobre la actividad del servicio	100
Documento X: Informe Individualizado	102
Documento XI: Manual de rejilla suplida para entrevista de acogida	104

PRESENTACIÓN

La optimización de la gestión de todo servicio público obliga a la utilización de un sinnúmero de datos e informes que por provenir de diferentes fuentes, tienen estructuras y características muy desiguales. Por otra parte, dada la caducidad de la información de naturaleza social con la que habitualmente trabajamos, se hace necesario que tengamos que contemplar la obtención de información como un proceso y no como una acción aislada. Esta perspectiva hace aparecer la información de forma dinámica, con vida.

Para el tratamiento de este gran volumen de información se hace necesario un sistema estructurado que la integre en su globalidad. Un sistema de información integrado (S.I.I.), es aquel conjunto de procedimientos que recogen la información, la procesan, almacenan y la distribuyen como soporte para la toma de decisiones (ANDERSON, R.G. (1987,1992)). Un S.I.I. se entiende que utilizara información formal, organizacional y estará asistido o soportado por sistemas de procesamiento automatizado. Solamente con un S.I.I. podremos:

- a) **Saber**, es decir definir y completar nuestra información.
- b) **Prever**, es decir determinar los objetivos a conseguir, la actividad a realizar y las decisiones a tomar, etc.
- c) **Seguir**, teniendo un programa seguirlo y coordinarlo,
- d) **Controlar**, esto es, verificar que todo se desarrolle según lo previsto.

La responsabilidad del PMD obliga a tener una información sistematizada de las necesidades puntuales de los consumidores de drogas en el plano terapéutico, individual y social y que tal como se intenta a otros niveles, mediante encuestas u otros instrumentos (HARTNOLL, R.; DAVIAUD, E.; LEWIS, R. & MITCHESON, M.(1990)), nosotros lo intentamos mediante la construcción de un protocolo de atención y recogida de información sistematizada.

En el caso de un centro de atención ambulatoria, además debemos dotarnos de un instrumento que garantice la *actuación sinérgica* de todos los componentes de un equipo de profesionales que generalmente parten de una formación diversa. Por otra parte y al mismo tiempo que *estandarice el procedimiento terapéutico*, de tal forma que nos permita, al recoger información suficiente y de forma periódica, proceder a su evaluación y corrección de rumbo, si procede.

Bajo ésta filosofía general, dejamos de lado la idea tradicional de protocolo único y abogamos por la de un protocolo de base múltiple que gracias a los sistemas de bases de

datos indexadas nos den como resultado final una única información síntesis de cada uno de los diferentes documentos de trabajo (BRUN & O'NEIL (1987)).

Como se puede observar en el esquema de la figura nº 1, el modelo general consiste en una serie de ficheros y subficheros relacionados entre si mediante un fichero índice que contendría la información primaria. Al desechar el modelo de fichero secuencial, primer paso en todo proceso de sistematización de la información, retornamos la idea de información viva. Después de cada visita de terapia o demanda que realice el usuario, no es necesario incluir más y nueva información al fichero secuencial, por el contrario, en un sistema indexado cada fichero de información crece en sentido transversal en función del número de demandas de cada usuario. Por otra parte, esta metodología permite que, en caso que en el futuro se deseara incluir una nueva información procedente, por ejemplo, de un nuevo servicio, se pudiera hacer tan solo incluyendo un nuevo fichero de datos.



Fig. 1.- Esquema general de la base de datos indexada sobre la que realizar el protocolo del servicio.

La generación de un sistema de recogida de información sistemática, obliga a un análisis profundo de la organización del trabajo tal que en ocasiones puede provocar un cambio de roles y papeles entre los distintos miembros del servicio del que se trate. En nuestro caso, además, debemos de comprender que la generación de un protocolo de tratamiento no solo significa la generación de un sistema de recogida de información más o menos sofisticado e informatizado sino que significa establecer unos procedimientos terapéuticos mínimos estándares. La primera ventaja de una sistematización de la recogida de información y de las acciones terapéuticas emprendidas es que tendremos medidas de su eficacia y consecuentemente podremos corregir aquellas disfunciones que a lo largo del tiempo se puedan ir presentando.

Los cinco ficheros de trabajo corresponde a los cinco tipos de información que van cambiando de una a otra entrevista de trabajo bien por ser objetivo de nuestra

acción, bien por ser una información transito de un estado a otro. Así, en el fichero de SITUACIÓN LABORAL, partimos de la información inicial tomada durante la fase de acogida y que a lo largo del tratamiento se vera engrosada o modificada por la acción que sobre ella emprendamos, tanto a nivel de búsqueda de empleo como a nivel de formación ocupacional. El fichero de SITUACIÓN LEGAL, hace referencia a toda la historia delictiva, si existe, del sujeto así como las penas que debe cumplir o las que procedieran de su comportamiento futuro. El fichero de HISTORIA FAMILIAR incluye toda la información relativa a las relaciones familiares, estado civil, convivencia con pareja, etc. presente, pasadas y futuras. El fichero de SITUACIÓN MEDICA hace referencia a la información de tipo médico que generara el control y seguimiento del paciente. Por último, el fichero HISTORIA DEL TRATAMIENTO, hace referencia a la información concerniente a la historia del consumo de droga, los periodos de desintoxicación, deshabitación y las reincidencias en el consumo y subsiguientes tratamientos que a lo largo de la vida se puedan producir.

Este trabajo que aquí presentamos se divide en tres partes bien diferenciadas, a saber: la primera parte hace referencia a la descripción de los objetivos asistenciales del PMD donde hemos tenido como fuente fundamental la información contenida en el documento del propio P.M.D., sus memorias anuales, así como las reuniones que junto con los profesionales del P.M.D. hemos realizado; en una segunda parte, desarrollaremos un modelo general de intervención terapéutico que surge como resultado de la búsqueda, lectura y reflexión de los autores dirigida a estructurar las aportaciones y experiencia clínica de los miembros del PMD colaboradores de este proyecto de investigación sin que ello signifique que este sea el modelo de intervención terapéutica del P.M.D. para, por último y a modo de apéndices, presentar los documentos e instrumentos estándares a utilizar en cada uno de los actos terapéuticos descritos. Obviamente como informe de investigación, este informe recoge algunas conclusiones o recomendaciones que en la actualidad no se llevan a la practica en el P.M.D., la puesta en marcha de los mismos y/o su adecuación a las características del servicio son responsabilidad del equipo de terapeutas y de la dirección del programa.

1.

**OBJETIVOS ASISTENCIALES DEL
CENTRO DE ATENCIÓN
AMBULATORIA DEL PROGRAMA
MUNICIPAL DE
DROGODEPENDENCIAS DEL
AYUNTAMIENTO DE VALENCIA.**

1.1. INTRODUCCIÓN

El análisis del Servicio de Atención Ambulatoria del P.M.D. del Ayuntamiento de Valencia, su sistema de actuación, objetivos, organización, etc. nos permitirá alcanzar un nivel de conocimiento de la problemática que en el día a día se presenta, de tal forma que el modelo de protocolo que presentemos se ajuste lo máximo a esta realidad.

Junto con los objetivos de prevención e investigación recomendados en las líneas maestras del Plan Europeo de Lucha contra la Droga incluidas el último informe de 1990 del Consejo de Europa, el PMD incluye también entre sus objetivos los referidos a la atención directa en el proceso de desintoxicación y deshabituación del toxicómano.

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria, sin sacar al paciente de su medio habitual intentando dotarlo de las herramientas básicas de trabajo para que su deshabituación sea un éxito. La asistencia se estructura en base a cuatro áreas de trabajo, tal como se especifica en el Programa Municipal de Drogodependencias (PMD,(1994)) y que se describen seguidamente:

ÁREA SANITARIA:

La atención sanitaria se centra fundamentalmente en :

- a) Tratamiento sintomático en régimen ambulatorio del síndrome de abstinencia.
- b) Control y seguimiento del estado de salud general en coordinación con otros centros asistenciales.
- c) Control del consumo durante la permanencia del paciente en el programa mediante el control de drogas en orina.

ÁREA PSICOLÓGICA:

Partiendo del supuesto que en el toxicómano existen factores de tipo individual que determinan su toxicomanía, la asistencia psicológica ofrece al paciente la oportunidad de profundizar en aquellos aspectos de su personalidad que predisponen a la dependencia, abriendo así la posibilidad de un cambio personal que apunte a la independencia del sujeto.

ÁREA SOCIAL:

La intervención social actúa informando y mediando en el proceso de reinserción social. Favorece desde los primeros contactos del paciente con el Programa de tratamiento el acceso a aquellos recursos normalizados que posibilitan la creación de vínculos sociales entre el toxicómano y su entorno, a través de intervenciones en el ámbito educativo, laboral, jurídico, tiempo libre, etc.

ÁREA SOCIOEDUCATIVA:

Dentro de este área el PMD oferta una serie de actividades de carácter grupal, susceptibles de ser utilizadas como apoyo, refuerzo o intensificación del tratamiento según las indicaciones del PTI (Plan Terapéutico Individual) de cada paciente.

Son actividades, por tanto, que apoyan y enriquecen el tratamiento individual del sujeto, ofreciendo la posibilidad de incidir de modo directo y continuado en aquellos aspectos personales que cada caso requiera (interrelaciones, dinámicas de grupo, creatividad, hábitos sociales, responsabilidad, refuerzo físico, etc.)

. El modelo de actuación por el que ha optado el PMD es de naturaleza Bio-psico-social, implicando diversos tipos de profesionales tal y como reflejan los siguientes objetivos del tratamiento del PMD (o.c.):

OBJETIVOS GENERALES

1. Tratamiento y asistencia a los drogodependientes de la ciudad de Valencia o derivación, en su caso, a otros recursos socio-sanitarios.
2. Información y asesoramiento en la problemática derivada del consumo de drogas a los padres y/o familiares de los drogodependientes.
3. Disminución de las patológicas y problemas asociados al consumo de drogas, apuntando a la disminución de la morbilidad y mortalidad de los drogodependientes.
4. Información, asesoramiento y ayuda en la gestión de toda la problemática social que dificulte la rehabilitación e integración social del drogodependiente.
5. Contribución a la vigilancia epidemiológica de las drogodependencias.

Como objetivos específicos generados a partir de los anteriores, en el programa del servicio del PMD se citan los siguientes:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Tratamiento intensivo de las toxicomanías, incidiendo en la independencia del toxicómano frente a las drogas y potenciando un nuevo estilo de vida, fomentando la implicación activa del drogodependiente en su proceso de rehabilitación.
2. Potenciación de la adaptación social del drogodependiente.
3. Potenciación de la integración familiar del drogodependiente.
4. Contribución a la reducción de las hospitalizaciones u otro tipo de intervenciones que supongan un aislamiento del medio habitual del drogodependiente.

Todas las actuaciones realizadas en el marco del P.M.D. cubren los objetivos generales y específicos anteriormente referenciados. Para llegar a este fin, el P.M.D. realiza diversas acciones y cuenta con los recursos que aquí se relacionan.

1.2.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SERVICIO

El Programa Municipal de Drogodependencias se articula alrededor de una serie de actuaciones que seguidamente describiremos. Los recursos personales con los que cuenta son :

1 Medico
5 Psicólogos
2 Trabajadores Sociales
1 ATS
1 Educador (Recepcionista)

El Programa Municipal de Drogodependencias articula un Servicio Terapéutico Ambulatorio y un Centro de Día.

1.2.1. SERVICIO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA AMBULATORIO:

La atención terapéutica de carácter ambulatorio, tiene como característica que el individuo adicto no abandona su entorno habitual, familia, amigos, trabajo si lo tiene, etc. Esta característica, a nuestro modo de ver positivo, no es aplicable siempre. En ocasiones, en función de las peculiaridades del adicto o de su adicción será aconsejable derivarlo a otro recurso. Este servicio, se articula alrededor de las siguientes actuaciones:

1.2.1.1- RECEPCIÓN

El acto de recepción consiste en el primer contacto, telefónico o personal, que se realiza con el potencial usuario del servicio. Normalmente este primer contacto lo realiza el recepcionista del servicio, quien en primer lugar cumplimenta la ficha de afiliación y en función de la demanda que el usuario realiza y a la vista de la distribución de carga de los distintos técnicos, propone la fecha y hora más inmediata para la entrevista de *ACOGIDA* a realizar por el Psicólogo.

1.2.1.2.- ENTREVISTAS DE ACOGIDA

En general, la fase de acogida se inicia con la primera entrevista del Psicólogo y terminara con la propuesta de tratamiento individualizado de deshabituación posterior al Síndrome de Abstinencia. En algunas ocasiones, el usuario del servicio tiene una

demanda mucho más concreta, ya paso el síndrome con su familia, demanda un consejo o apoyo psicológico para mantener su conducta o mucho mas prosaico como la obtención de un certificado con fines legales o laborales, etc., en todo caso, se realizara una entrevista con el técnico del PMD correspondiente.

El número de entrevistas de la fase de acogida será determinada por el Psicólogo/Médico/T. Social en función de las características de cada caso. Ahora bien, se considera necesario para que los objetivos del programa se cumplan, se inicie la abstinencia de forma inmediata, por tanto, el síndrome debería empezar no más tarde de una semana desde la fecha de la primera entrevista de acogida. En caso de que no se produzca la abstinencia se propondrá la PRIVACIÓN TERAPÉUTICA DEL TRATAMIENTO. Durante el síndrome, será necesario realizar un seguimiento telefónico/personal (según demanda) del proceso sobre todo si se realiza en el hogar del usuario.

La entrevista de acogida del Psicólogo se realizara con el usuario y el o los familiares por separado y/o conjuntamente a juicio del Psicólogo y según los casos. Los objetivos generales de esta entrevista son:

- ⊙ Articular y estructurar la demanda.
- ⊙ Comprobar la información sobre las consecuencias del consumo de drogas.
- ⊙ Analizar la motivación hacia el tratamiento.
- ⊙ Analizar y explorar el estado actual en el que se encuentra.
- ⊙ Nivelación de expectativas frente al tratamiento
- ⊙ Desensibilización hacia el síndrome de abstinencia (en su caso)
- ⊙ Análisis de las relaciones interpersonales
- ⊙ Análisis de la estructura y relaciones familiares.

De la misma forma existe una primera entrevista de acogida por parte del médico en la que se realiza una exploración física con la finalidad de evaluar la necesidad de hospitalización e iniciar el control médico del paciente y por parte del trabajador social, realiza también la/s correspondiente/s entrevista de acogida en la que evaluara el nivel de desestructuración familiar y social del paciente.

Todas las entrevistas de acogida tienen por finalidad realizar un informe con el que elaborar el plan terapéutico individual (PTI) que será el que establecerá las pautas de tratamiento en la fase III del programa.

1.2.1.3.- SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

Cuando sea preciso pasar el síndrome de abstinencia, se evaluara la posibilidad de que este se realice bajo control medico en un hospital o bajo control de algún familiar. En este segundo caso, el equipo del PMD dará las instrucciones y formación

correspondiente al familiar o familiares que se hagan responsables del paciente, realizando un seguimiento telefónico o personal. A nivel general, son normas recomendables:

1. - Permanecer en el domicilio, sin abandonarlo por ninguna causa, durante más o menos una semana.
2. - Se debe estrechar la vigilancia para intentar evitar "fugas". En todo caso, la abstinencia tiene que ser consciente y voluntaria por lo que de poco valdrá una clausura férrea, es preferible una actitud firme pero comprensiva.
3. - Se deberá mantener una rigidez en el horario de vigilia, de forma que no se acueste más tarde de las doce de la noche y se levante antes de las nueve de la mañana. Durante el resto del día debe evitar dormir con la finalidad de que lo pueda hacer con facilidad durante la noche.
4. - En relación a las visitas y llamadas telefónicas, deberán durante el tiempo que dure el síndrome, quedar fiscalizadas por la persona o familiar que se ha hecho responsable.
5. - Se aconseja como medidas complementarias a la medicación que se prescriba, la realización de baños de agua caliente como medida de relajación para disminuir los síntomas del síndrome, junto con masajes y tisanas.
6. - Se debe mantener la abstinencia de cualquier tipo de droga, incluida el alcohol, evitando el consumo de productos con cafeína como la coca-cola, café, el té y en general las bebidas con gas.
7. - La medicación prescrita debe quedar fuera del alcance del usuario, siendo la persona responsable la que la administre, tal y como se indica en la receta.
8. - Por último, debe hacerse ver al usuario la importancia de las normas descritas que tienen como única finalidad que el síndrome tenga los menos efectos negativos y en ningún caso tienen sentido policial.

1.2.1.3.- DESHABITUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ABSTINENCIA.

Después del síndrome de abstinencia se inicia el proceso de deshabituación y mantenimiento de la abstinencia. Durante la primera parte, la psicoterapia es más intensiva mientras que durante la segunda es más relajada. En general las acciones de los componentes del equipo de profesionales del PMD se realizan en forma de entrevistas en las que se realizan acción que en general se pueden clasificar como:

- I. **Acción de Información y orientación:** Se trata del nivel más básico de actuación. Algunas entrevistas no pasan de este nivel que se refiere a

información y orientación sobre recursos, legislación, otros servicios, problemas, etc.

- II. **Acción de Estudio y Diagnóstico:** Evaluación de la situación actual y anterior y sus perspectivas para el futuro.
- III. **Acción de Coordinación y Movilización de Recursos:** Tarea activa en relación con ayudas o servicios diversos (ayudas domiciliarias, hospitalización, ayudas económicas, ayudas legales).
- IV. **Acción de Consejo:** Exposición de las posibles direcciones y caminos que el usuario podría utilizar.
- V. **Acción de Apoyo:** Proporcionar apoyo para mantener el equilibrio de la persona o la familia.
- VI. **Acción de Concienciación:** Se trata de que la persona o familia tome conciencia del problema y de las posibles soluciones alternativas.
- VII **Acción terapéutica:** Se trata de la acción emprendida por el terapeuta y que tiene por objetivo modificar algún comportamiento o cognición que pudiera ser perjudicial para el paciente.
- VIII. **Otro tipo de actividades:** Se trata de aquellas otras actividades que no se pueden incluir en los apartados anteriores.

1.2.2.- CENTRO DE DÍA:

Es un recurso terapéutico donde se realizan diversas actividades de Fisioterapia, Taller ocupacional, etc., centrándose sobre los siguientes objetivos y acciones:

INFORMACIÓN: Dar a conocer al drogodependiente y su familia el programa de tratamiento seguido por el equipo técnico del PMD, derivando a otros recursos normalizados en caso de que se requiera.

TRATAMIENTO SOCIAL INDIVIDUAL: Apoyar socialmente al paciente. Informarle y orientarle sobre vías y modos para la reinserción social.

GRUPO CULTURAL: Fomentar el interés por la realidad social en la que viven los pacientes, informándose sobre temas de interés general (política, cultural, economía, etc). Contacto con recursos externos de ocio y tiempo libre que posibiliten al sujeto su acceso a los mismos.

EXPRESIÓN CORPORAL: La expresión corporal es una actividad que ofrece al individuo la oportunidad de encontrar otras formas de comunicarse consigo mismo y con la realidad social-material que le rodea. Las ventajas que produce una

adecuada y positiva relación con respecto al propio esquema corporal se experimentan cuando la actividad puede desarrollarse dentro de un marco de seguridad psicológica, automotivación y valoración de las prácticas realizadas. En este clima la persona potencia su imaginación, creatividad y capacidad sensitiva. Los objetivos generales de la **EXPRESIÓN CORPORAL** son:

La **CREATIVIDAD**: descubrir la capacidad creativa de forma directa y la satisfacción por el acto creado.

La **ESPONTANEIDAD**: trabajo de desbloques, autorreconocimiento y dominio corporal.

La **COMUNICACIÓN**: con la propia realidad y la de las personas del entorno.

ACTIVIDADES DEPORTIVAS: Las actividades deportivas complementan las de expresión corporal, siendo de periodicidad diaria y de una hora y media de duración. Los objetivos generales son:

La recuperación y fortalecimiento físico del paciente

La potenciación de las interrelaciones.

Se estructura en base a dos ejes, el individual (tablas de gimnasia individualizadas) y el grupal (práctica deportiva).

GRUPOS DE SEGUIMIENTO: El objetivo general es posibilitar el proceso de individualización de cada sujeto a través de su decir entre un grupo, tratando de potenciar en cada paciente actitudes como:

- Dialogo
- Autocrítica y capacidad de reflexión.
- Toma de responsabilidades

Los educadores alternan en sus intervenciones, según lo adecuado en cada caso, nociones de orientación más directiva con otras de carácter dinamizador. Aquella temática susceptible de ser abordada en otras áreas se deriva al profesional indicado del equipo del PMD. Los grupos de seguimiento se realizan los lunes y los viernes y la temática, aunque abierta se articula sobre las siguientes directrices:

GRUPO DE SEGUIMIENTO DE LOS LUNES:

- Revisión individual del fin de semana (aspectos personales, familiares, tiempo libre, etc).
- Seguimiento individual de la estancia en el programa (según el compromiso personal adquirido).

- Revisión de las interrelaciones en el grupo.
- Preparación y programación, en su caso, de aquellas actividades o tareas semanales que lo requieran.

GRUPO DE SEGUIMIENTO DE LOS VIERNES:

- Se centra en revisar la dinámica de la semana tanto a nivel individual como a nivel grupal.

TALLERES: De forma diaria se realizan actividades de talleres en sesiones de hora y media de trabajo con el objetivo de :

- Facilitar o potenciar el hábito de trabajo
- Reforzar la capacidad de responsabilizarse ante materias concretas a través de todo el proceso de trabajo.
- Desarrollar la creatividad como vía de expresión en cada paciente.
- Apoyar las relaciones interpersonales en un espacio común de trabajo.

ACTIVIDADES RELACIONALES: Se trata de potenciar y facilitar la responsabilidad y autogestión de cada sujeto, potenciando las interrelaciones de forma normalizada en actividades con "carácter familiar" como son el almuerzo y la comida. El objetivo primordial es dar una nutrición adecuada durante el tiempo de estancia en el centro de día, fomentando la adquisición de nuevos valores como: Modos de conducta adecuados, Degustación, Ritmo de la comida, Diálogo, sobremesa, etc.

Para un mayor compromiso, se establecen turnos en los que todos participan en alguna de las tareas relacionadas con la alimentación (asistencia en la adquisición de suministros, poner y quitar la mesa, preparativos, servir, fregar, etc.). Actúa como espacio-puente entre otras actividades de mayor compromiso personal, remarcando por tanto la diferenciación entre ellas.

PSICODRAMA: El psicodrama como terapia grupal es un análisis individual en grupo. Su objetivo es confrontar y elaborar a través de la representación aquellos recuerdos de la vida real que aparecen como recuerdos conflictivos para el sujeto y que dificultan su proceso de individualización. Esto da lugar a cadenas de asociaciones por parte de los miembros del grupo que facilitan la reflexión sobre los elementos de su propia historia.

1.2.3.- ESTRUCTURACION DEL SERVICIO AMBULATORIO DE TRATAMIENTO DEL PMD.

La realización de toda actividad terapéutica implica una organización estructurada. A lo largo del proceso de investigación se han realizado numerosas reuniones con el personal del PMD con el fin de analizar la estructuración de este proceso no ya solo terapéutico, sino también administrativo. El resultado de este análisis lo hemos querido plasmar, para facilitar su lectura y seguimiento, en forma de diagrama de flujo, tal y como se muestra en las figuras 1 y 2.

Del flujo de las acciones, se desprende la necesidad de tomar decisiones en distintos momentos de la estancia del individuo en el servicio. Estas decisiones deben estar avaladas por los datos que se desprenden de las hojas de recogida de información del protocolo. Pero el protocolo, como ya hemos indicado con anterioridad no solo consiste en el desarrollo de uno/s instrumentos de recogida de información, sino también de unas normas de conducta consensuadas por todos los terapeutas del servicio. Se hace necesario pues un modelo de psicoterapia que aglutine y de sentido a todas las actuaciones y bajo cualquiera de las orientaciones psicológicas imperantes.

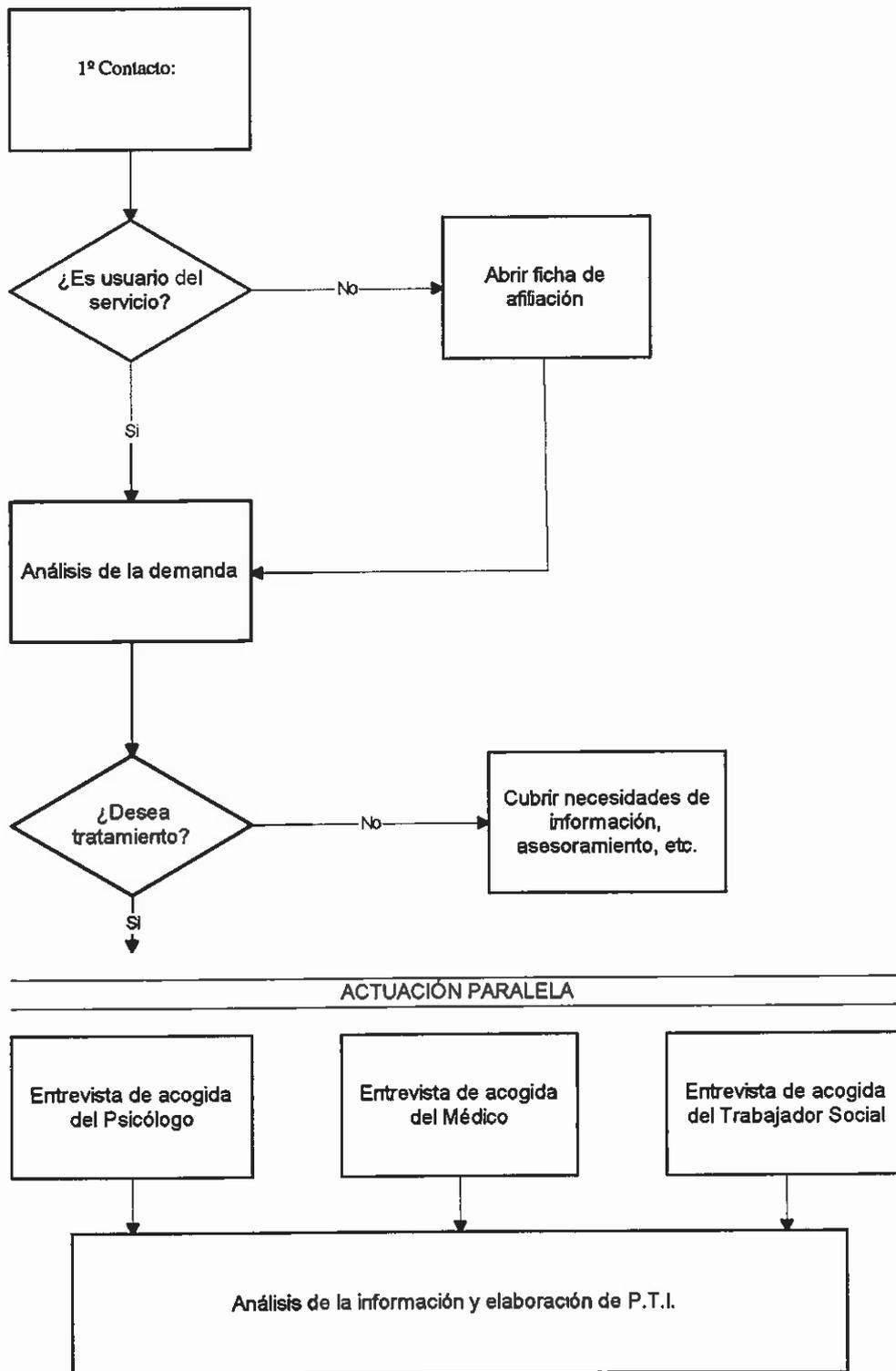


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de atención hasta la acogida del individuo

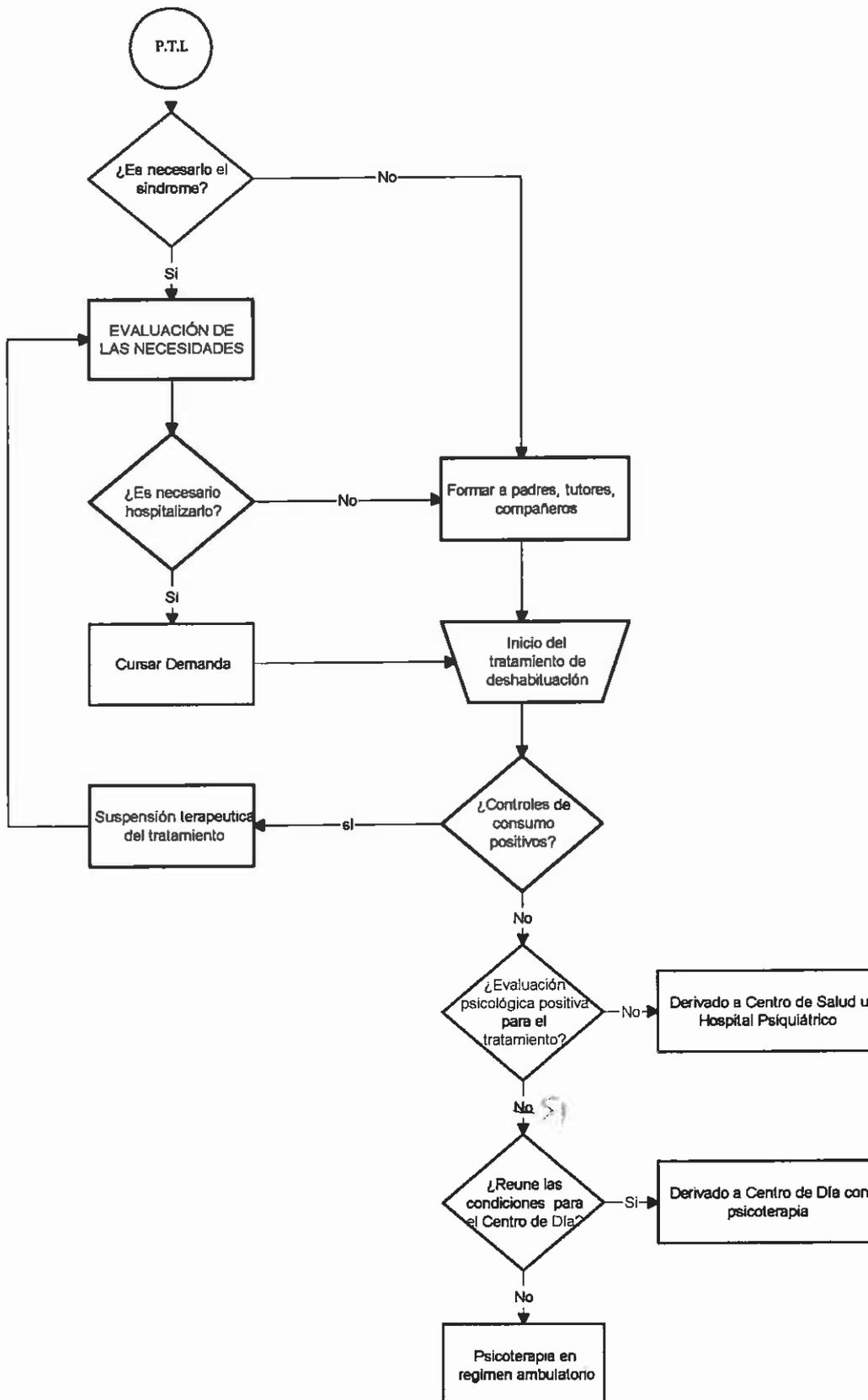


Fig. 2 Diagrama de flujo del proceso administrativo implicado en la puesta en marcha del PTI

1.3.- OTRAS ACTUACIONES EN EL PMD.

El P.M.D. tiene responsabilidades también a nivel preventivo, de análisis y control epidemiológico de las toxicomanías, etc., tal y como dijimos en la introducción de este apartado. En este sentido, se estructuran una serie de acciones de culturalización social y estudios de control que no desarrollaremos aquí por separarse del objetivo que aquí se persigue y que quedan reflejadas en las memorias anuales del servicio.

2.
**ALGUNAS CONSIDERACIONES
ACERCA DE UN MODELO
PSICOTERAPEUTICO**

2.1.- ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO

A lo largo de los últimos veinticinco años hemos visto como los paradigmas científicos de la Psicología han ido evolucionando desde el positivismo asociacionista de los conductistas hacia el eclecticismo constructivista. En efecto, la crisis de los valores culturales y científicos del pensamiento moderno de la que estamos siendo testigos en el último cuarto de siglo y que hunde sus raíces en las obras de Nietzsche y Heidegger, se basa en un cambio radical de postura respecto a la interpretación de los hechos y la realidad.

La característica fundamental del pensamiento moderno era la creencia en el progreso indefinido y lineal, lo cual tenía sus consecuencias científicas y sociales. El pensamiento moderno entendía que solo existía una verdad y que debía ser descubierta progresivamente, que esta verdad anulaba todas las anteriores y su conocimiento implicaba valores positivos de bondad y felicidad. Las consecuencias, entre otras, de la teoría del caos en física y su generalización a otras áreas de conocimiento, relativizó las posturas sobre los conocimientos científicos.

El conocimiento científico post-moderno no refleja la identidad estática de una razón a la que hay que someterse o rebelarse, sino que forma parte de la praxis humana donde convergen nuestro conocimiento y nuestra experiencia existencial (VILLEGAS, M. (1992). La característica más destacable del pensamiento post-moderno es, sin duda, la multidiversidad donde toma cuerpo el constructivismo. La realidad no es una y uniforme, sino múltiple y diversa y requiere ser construida e interpretada. Construir la realidad no significa inventarla, sino darle forma en base a los elementos que aleatoriamente nos depara. Este complejo proceso de construcción, de interacción con el medio, consiste en operaciones de apropiación de los elementos externos y procesos de acomodación de las estructuras internas a aquellos. Dicho así, el constructivismo cubre una amplia gama de procesos, desde los ontogenéticos, a nivel de organización de las estructuras biológicas y de conocimiento, hasta los noogenéticos a nivel de construcción de la experiencia personal y social.

La división entre procesos y contenido no implica una oposición, por el contrario, tal como apunta MAHONEY (1992), en el constructivismo existe "una integración holista de pensamientos, sentimientos y acciones, así como la superación de las antiguas dicotomías en la ontología y epistemología, particularmente las relativas a la separación entre procesos y contenidos, entre realidad objetiva y experiencia subjetiva, entre input sensorial y output conductual".

CONSTRUCTIVISMO	
ONTOGENETICO	NOOGENETICO
Centra su atención en los cambios estructurales de un organismo que se producen sin pérdida de su organización.	Centra su atención en los contenidos, en los significados que dan sentido a nuestra existencia individual y colectiva
CONSTRUCCIÓN DE PROCESOS DEL CONOCIMIENTO	CONSTRUCCIÓN DE EXPERIENCIAS DE LOS ACONTECIMIENTOS
(Piaget) Génesis de los procesos cognitivos a través de operaciones sucesivas de complejidad creciente.	(Kelly) Constructo personal como atribución personal de significado a los acontecimientos.
DE LA IDENTIDAD	DEL PENSAMIENTO SOCIAL
(Guidano) Desde una perspectiva evolutiva analiza los procesos de gestación del self.	(Gergen) Acento en el papel de los grupos sociales y colectividades en la construcción y transmisión del conocimiento.

Cuadro nº 1. Descripción del Constructivismo ontogenético y noogenético (Elaboración propia a partir de VILLEGAS (1992)).

El hecho de partir de la base de que la realidad puede ser construida de muchas maneras hace pensar que "todo vale", sin embargo, esta no es una postura que se desprende de la epistemología constructivista aunque si sea una asignatura pendiente el establecer el criterio de validez (FEIXAS, G. (1992)). Es decir, aunque se mantiene la postura de que existe múltiples formas de interpretar la realidad, también se mantiene que no todas ellas sean igualmente validas. La característica del pensamiento constructivista consistiría en el meta-análisis y la integración de conocimientos.

Una de las consecuencias del constructivismo en Psicoterapia será la abolición paulatina de las escuelas y orientaciones psicoterapéuticas, por lo menos desde el punto de vista de las bases teórico-científicas en las que se sustentaban. Otra cosa diferente será desde el punto de vista del Marketing de los profesionales que se dicen aferrados a estas escuelas u orientaciones. El meta-análisis pone en evidencia los puntos comunes y analiza las discrepancias llegando a hacer propuestas convergentes tales que son aceptadas por la mayoría de los psicoterapeutas participantes.

Una de las áreas de trabajo psicológico donde con más fuerza a prendido la filosofía constructivista es, sin duda, la Psicología del Desarrollo y de la Educación, en la medida que tiene que explicar el proceso de elaboración y estructuración del pensamiento humano y el mundo de la psicoterapia, por dos motivos, a saber: a) por su valor integrador y el efecto de supresión de barreras entre escuelas y orientaciones y b) la necesidad de explicar el cambio producido en el ser humano, tanto en el sentido patológico del mismo, como en el sentido positivo a consecuencia de la terapia introducida.

2.2.- UN MODELO CONSTRUCTIVISTA DE PSICOTERAPIA CON TOXICÓMANOS

La metodología constructivista en psicoterapia la podemos describir como de-constructiva y re-constructiva. La interpretación de una historia o narración requiere su de-construcción y su re-construcción para no solo ser entendida, sino también para convertirse en motor de cambio.

En nuestro caso, habitualmente se define el cambio en la adicción como el paso de un estado de consumo continuado a un estado igualmente estable de abstinencia. Esta definición clásica conlleva el error conceptual de considerar el cambio como un proceso de todo o nada y utilizar categorías discretas (consumidores versus no-consumidores) como criterios para evaluar la eficacia de los programas de intervención.

Desde hace algún tiempo (BROWNELL, MARLATT, LICHTENSTEIN y WILSON (1986)) y con mayor fuerza mas recientemente (SCHNEIDER y KHANTZIAN (1992); SHAFFER (1992); PROCHASKA, DiCLEMENTE y NORCROSS (1992), GRAÑA (1994)) se defiende un proceso con diferentes fases en el camino de abandono de las conductas adictivas. La principal característica de este cambio conceptual es el cambio de objetivo terapéutico, deja de ser la obtención de una conducta abstinenta *per se* para pasar a conseguir deferentes etapas dentro del proceso de cambio. El cambio en una conducta adictiva no es un proceso de todo o nada; un modelo integrador, constructivista, del cambio tiene que cubrir todo el proceso del cambio, desde el momento en que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta que ésta ya no existe. Existen muchos cambios que preceden y siguen a la conducta abstinenta, tanto a nivel de conducta manifiesta, como a nivel cognitivo y obviamente también a nivel social.

Esta nueva concepción de análisis del cambio en las conductas adictivas surgió a principio de los años ochenta, tomando la forma actual en las últimas formulaciones del modelo transteórico de cambio (PROCHASKA y DiCLEMENTE (1992); PROCHASKA, DiCLEMENTE y NORCROSS (1992); PROCHASKA y PROCHASKA (1993)).

El modelo de Prochaska y DiClemente es el que mayor respaldo empírico ha recibido, distinguiendo cuatro estadios en el proceso de abandono de una conducta adictiva, a saber:

- a) Precontemplación.
- b) Contemplación.
- c) Preparación
- d) Acción.

e) Mantenimiento.

Este modelo de carácter tridimensional, proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del proceso de cambio, diferenciando lo que sus autores denominan **estadios, procesos y niveles de cambio** (TEJERO y TRUJOLS (1994)).

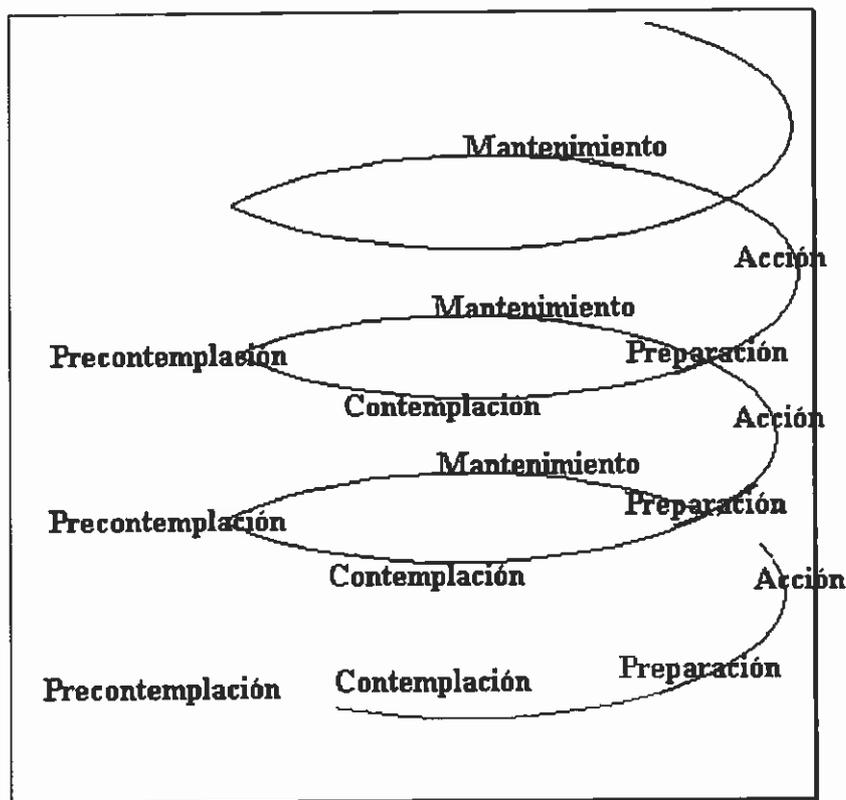


Fig. 2.- Modelo en espiral de los estados de cambio (Prochaska, DiClemente, Norcross (1992))

Los adictos situados en una etapa de **precontemplación**, no se plantean modificar su conducta adictiva, ya que no son conscientes de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado represente ningún problema; la valoración de los aspectos gratificantes que obtienen de su conducta todavía son mayores a los efectos negativos. Al no evaluarse por sí mismos, si acuden a tratamiento lo hacen por la presión de los demás (familia, aspectos legales, etc.) y con el único objetivo de que esta presión desaparezca o disminuya. Pueden mostrar algún tipo de cambio pero en el momento en que la presión desaparezca, reanudara su patrón de vida previo.

Durante la etapa de **contemplación** se inicia la conciencia del problema, progresivamente va valorando más la problemática engendrada por su conducta adictiva y se considera seriamente la posibilidad de cambiar, debido a que empieza a equilibrarse los aspectos gratificantes y los aversivos que van progresivamente aumentando, pero no se han desarrollado todavía un compromiso firme. Durante esta etapa, el adicto busca

información sobre su adicción, intenta comprender sus causas, sus consecuencias, posible tratamiento, manifestando gran necesidad de hablar de ello.

El estadio de **preparación** se caracteriza tanto por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar la conducta adictiva, como por ser la fase en la que la persona adicta realiza algunos pequeños cambios conductuales aunque estos no sean los suficientes (por ejemplo, se realiza una disminución de la dosis).

Durante la etapa de **acción** el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta manifiesta y encubierta y las condiciones ambientales que la afectan con el objetivo de superar la adicción. Por último, a lo largo del estadio de **mantenimiento** el individuo intenta conservar y consolidar los logros conseguidos y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Una de las características más relevantes de este estadio es que los individuos que se encuentran en él pueden tener miedo no solo a recaer sino incluso al cambio en sí mismo ya que este puede convertirse en una amenaza por el miedo a la recaída, derivándose con cierta regularidad estilos de vida excesivamente rígido y estructurado.

Entendemos que una recaída no es solo un retorno a la conducta adicta sino un retroceso a una etapa anterior. Así, un retorno a la conducta adictiva se puede producir en cualquier momento, una recaída entendemos que se producirá sobre todo durante las etapas de acción y mantenimiento. Las recaídas ocurren cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. Los individuos que recaen pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración, y consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (TEJERO, TRUJOLS y CASAS (1993); TEJERO y TRUJOLS (1994)). A partir del hecho de que la mayoría de los adictos han tenido éxito en experiencias de cortos espacios de tiempo de abstinencia al analizar los autoinformes después de una recaída y el adicto vuelve a la abstinencia nos informa de los motivos por los que vuelve a consumir, así el 35% de los adictos que tienen recaídas las justifican por los estados emocionales negativos tal como ansiedad, frustración, ira, o depresión. El conflicto interpersonal explica 16 % y presión social (por ejemplo, que se le ofrezcan drogas, la presencia y/o compañía de otros adictos aunque no estén consumiendo o le ofrezcan drogas) explicaría el 20% (CUMMINGS et al (1980)). Los autores consultados, en particular MARLATT (1993) argumenta que si estas personas tuvieran una estrategia de autodefensa eficaz y un modelo conductual apropiado para estas situaciones, llamémoslas de alto riesgo, podrían ser afrontadas con éxito. Al no tener un modelo conductual pueden experimentar un sentimiento de desamparo. Este sentimiento aumenta la probabilidad de ceder a la tentación de consumir la droga, que frecuentemente

representa un respuesta adaptativa a situaciones conflicto o sentimientos de frustración. Si la persona tiene expectativas positivas acerca del uso o de los efectos de la sustancia la probabilidad de consumirla se incrementa. Marlatt argumenta que la recaída depende de las atribuciones que la persona tenga acerca de la causa de la abstinencia. Si se intenta que una persona se comprometa a mantener una abstinencia definitiva en un único intento seguramente cometeremos un grave error. Generalmente este planteamiento generara en el futuro sentimientos de culpa. Si las personas se culpabilizan de su recaída, generaran mayores sentimientos de dependencia y se sentirán desvalidos para iniciar un nuevo periodo de abstinencia . Esta combinación de elementos cognitivos-afectivos de disonancia cognitiva y la atribución personal están bautizados como "**el efecto de la violación de abstinencia**". Marlatt ha producido un sistema de prevención de recaída que utiliza métodos cognitivo-conductuales para mantener la abstinencia (MARLATT(1978); MARLATT y GORDON(1985)). En numeroso informes se comprueba como estos procedimientos han provocado periodos de abstinencia más prolongados que las técnicas clásicas(WEINER y FOX (1982); COLLINS y CARLIN(1983); SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M.G. & BERK, A.T.(1992); THOMBS, D.L. (1994); AARON MCNEECE & DINITTO, D.(1994)).

Se ha especulado sobre la existencia de una fase de finalización que pondría fin al proceso de cambio. Este estadio implicaría una total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún tipo de esfuerzo adicional. Implicaría una ausencia total del deseo de consumir y una seguridad de 100% (autoeficacia) en el afrontamiento de situaciones de riesgo. Bajo esta operacionalización, este estadio puede darse con respecto a algunas conductas adictivas como por ejemplo el tabaco, donde la etapa de finalización se sitúa entorno a los cinco años de mantenimiento de la conducta de abstinencia mantenida. Sin embargo no existen todavía ninguna evidencia empírica en el caso de heroína u otras sustancias psicoactivas.

Los estadios representan, dentro del modelo descrito, una dimensión temporal que permite explicar y predecir el cuando se produce un cambio de intención, actitud o conducta manifiesta. Los procesos de cambio es la segunda dimensión del modelo e intentaría describir el cómo se produce el cambio. Los procesos de cambio son actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito de adicción. Los diferentes estudios realizados por los autores del modelo transteórico, han demostrado que existen un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión a través de los diferentes estadios, independientemente de que se realice con o sin ayuda profesional e incluso independientemente del modelo o escuela psicológica de intervención a la que se adscriba dicha intervención psicoterapéutica.

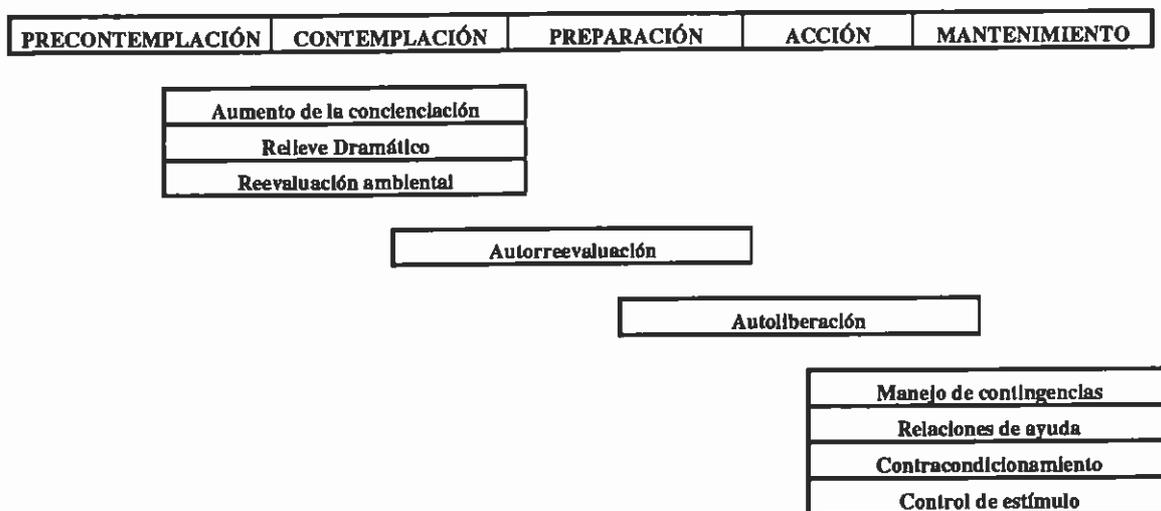
Proceso	Descripción
PROCESOS DE CAMBIO COGNITIVO O EXPERIENCIALES	
1.- Aumento de la concienciación	Es un proceso esencialmente cognitivo consistente en la intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla.
2.- Autorreevaluación	Consiste en la valoración, tanto afectiva como cognitiva, que el adicto realiza sobre el impacto que su conducta adictiva tiene y el reconocimiento, también afectivo y cognitivo, que un cambio representaría
3.- Reevaluación ambiental	Valoración del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, marcando el impacto negativo que su conducta adictiva tiene sobre ellas y las consecuencias positivas de la modificación de su hábito.
4.- Relieve dramático	Experimentación y expresión de reacciones emocionales elicitadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos (salud) asociados a su conducta adictiva.
5.- Liberación social	También representa un aumento de la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.
PROCESOS DE CAMBIO CONDUCTUALES	
6.- Autoliberación	Representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para tomar decisiones, para elegir. Requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, bien porque posee o porque pueda desarrollar o adquirir las habilidades necesarias.
7.- Manejo de contingencias	El proceso de manejo de contingencias es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio conductual ocurra.
8.- Relaciones de ayuda	Representa la existencia y utilización del apoyo social que puede facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.
9.- Contracondicionamiento	Consiste en modificar la respuesta elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas
10.- Control de estímulo.	Consiste fundamentalmente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir.

Cuadro nº 3. Relación de procesos de cambio en la conducta adictiva. (PROCHASKA Y DICLEMENTE (adaptación personal del texto de TEJERO y TRUJOLS(1994)).

Uno de los aspectos más interesantes del modelo de Prochaska y DiClemente consiste en la relación establecida entre la fase temporal (estadio) y el proceso del cambio. TEJERO y TRUJOLS (1994) hacen una excelente síntesis de este modelo que nosotros por razones de espacio y tiempo, resumimos aquí.

Durante el estadio de la precontemplación los adictos utilizan significativamente menos los procesos de cambio que aquellos que se encuentran en cualquier otra fase. La verbalización de los que se encuentran en la fase de contemplación enfatiza la utilización de procesos de aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación

ambiental, mientras que los que se encuentran en el estadio de contemplación-preparación utilizarían con mayor significación la autorreevaluación, etc. Una relación entre los procesos de cambio y los estadios se puede observar en el cuadro nº 3.



Cuadro nº 3: Relación entre los estadios y los procesos de cambio en el modelo psicoterapéutico de Prochaska y DiClemente.

Debemos hacer caer en la cuenta que los procesos de cambio, tal y como se indica en el cuadro nº3 no se sitúan netamente en un estadio, sino más bien, son los impulsores del cambio entre un estadio y otro.

Otra curiosidad es, tal como los propios autores encontraron al realizar un estudio empírico con diseño transversal que los procesos cognitivos parece tienen más importancia en los primeros estadios del proceso de cambio de la conducta adicta y menor en los estadios de acción y mantenimiento. Todos los procesos de cambio tienen una frecuencia de uso, que sigue un modelo curvilíneo, así por ejemplo, los procesos de aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación, empezarían en el estadio precontemplativo con nivel muy bajos para alcanzar sus niveles máximos durante la etapa de contemplación y a partir de ella, ir disminuyendo su uso. Al mismo tiempo y coincidiendo con la paulatina disminución en el uso de estos procesos de cambio, tomaría mas relieve la autorreevaluación que alcanzaría su cota máxima en el transito del estadio de preparación a la acción y solo disminuiría en aquellos adictos que mantienen estadios de mantenimiento de larga duración.

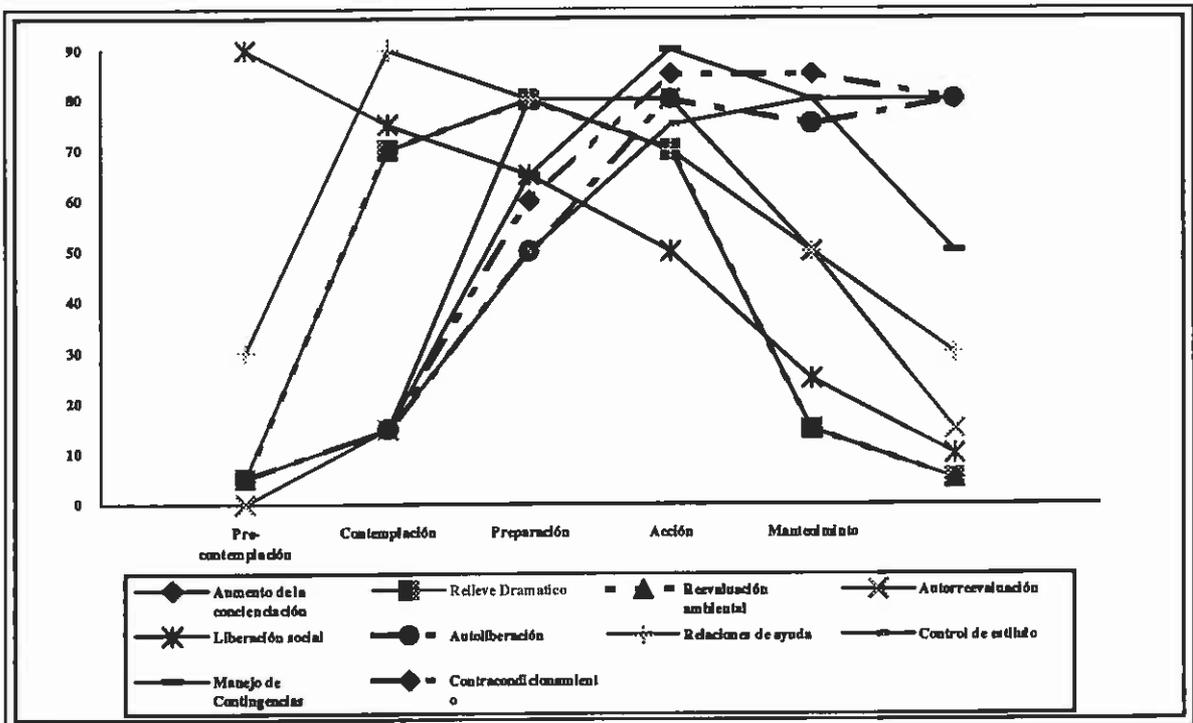


Figura nº 3. Representación gráfica modelizada de la aparición de los procesos de cambio en función de los estadios, según los resultados de estudios empíricos (TEJERO y TRUJOLS (1994).

Los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. La tercera dimensión del modelo de Prochaska y DiClemente trata esta difícil cuestión, a saber: qué cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva.

La dimensión de los niveles de cambio de Prochaska y DiClemente, representa una organización jerárquica de cinco niveles en los que se puede focalizar las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas, a saber:

1. Síntoma/situacional
2. Cogniciones desadaptadas
3. Conflictos interpersonales actuales
4. Conflictos sistémicos/familiares
5. Conflictos interpersonales.

Según el modelo aquí descrito, se prefiere intervenir inicialmente en el nivel síntoma/situacional por cuatro motivos fundamentales:

- A. El cambio tiende a suceder con más facilidad en este nivel más manifiesto y observable.
- B. Este nivel generalmente representa el motivo principal del adicto que acude al tratamiento.
- C. Como este nivel es más consciente y contemporáneo, el grado de inferencia necesaria

para una evaluación e intervención clínica es menor.

- D. Los niveles de cambio no son independientes, por esta razón es probable que un cambio en este nivel pueda provocar cambios en otros niveles.

El tratamiento de las conductas adictivas, según el modelo que estamos describiendo, consistiría en una aplicación diferencial de los procesos de cambio durante los cinco estadios del cambio de acuerdo con el nivel del problema que se esta enfatizando. Existen fundamentalmente tres estrategias de intervención con las que enfrentarse al problema:

- a) La intervención terapéutica se focaliza en la **conducta manifiesta** del adicto y en las situaciones que eliciten y/o mantienen dicha conducta. Si mediante este tipo de intervención el adicto progresa por los estadios del cambio no es necesario pasar a niveles más profundos de análisis.
- b) La estrategia de **nivel clave**, es posiblemente la más tradicional. Si se demuestra la existencia de un nivel clave de causalidad en la adquisición y/o mantenimiento de la conducta adictiva, el proceso terapéutico puede focalizarse casi exclusivamente en este nivel.
- c) La estrategia de **máximo impacto**, en las intervenciones terapéuticas deben diseñarse procedimientos en los que se incida a diferentes niveles de cambio para intentar maximizar el impacto terapéutico y así alcanzar un cambio de forma sinérgica.

Obviamente, el modelo que aquí presentamos no es el único posible, pero si tiene la virtud frente a otros muchos de dotarnos de un marco referencial holista del comportamiento del adicto independientemente del marco teórico-conceptual en el que estemos formados. Este hecho es lo que nos ha inclinado a considerarlo como marco de referencia para la elaboración de un protocolo de tratamiento en un servicio de atención ambulatorio para toxicómanos.

2.3.- FASES DEL TRATAMIENTO

. Existen cierta controversia entre los centros, llamados genéricamente comunidades, especializados en el abordaje y tratamiento de la dependencia-adicción al margen de los centros de salud mental y los llamados centros de tratamiento ambulatorio. Los primeros son centros en los que, como característica, se exige que el diagnóstico-demanda esté a nivel de dependencia-adicción sin manifestación de psicopatología psiquiátrica previa al proceso (FREIXAS 1993). Como característica terapéutica de estos centros, se separa al sujeto de su entorno familiar y social para someterlo al tratamiento de desintoxicación.

Con respecto a los segundos, de tratamiento ambulatorio, intentan alcanzar el máximo valor ecológico llevando acabo el tratamiento sin separar al adicto de su entorno social. En nuestro caso, el programa que proponemos a nivel organizacional sigue las pautas descritas en SMITH (1986), adaptándolas a la circunstancia de tratarse de un centro de **régimen ambulatorio**. Se pueden diferenciar tres fases diferentes, desintoxicación, deshabituación y mantenimiento de la abstinencia:

2.3.1.- FASE I: DESINTOXICACIÓN O FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO.

El adicto acude al servicio con la petición de ayuda para dejar el consumo, bien sea de forma voluntaria o coacción de la familia u otros motivos, según los casos. En este primer contacto el objetivo es el de asesorar sobre los medios y recursos existentes, valorar el nivel de motivación de cambio, nivel de concienciación, estadio de cambio en el que se encuentra, etc. y sensibilizar al paciente sobre los siguientes aspectos:

- a) Lo que supone realizar un tratamiento
- b) El tipo de implicaciones.
- c) Las normas del programa
- d) Las orientaciones básicas necesarias para iniciarlo

Durante el primer contacto o en los sucesivos contactos de la fase de acogida, se inicia una primera valoración diagnóstica, conducente a determinar si el tratamiento puede ser llevado acabo de forma ambulatoria o por el contrario y debido a las particularidades del caso es aconsejable orientarlo y derivarlo hacia otro recurso asistencial.

Durante la primera fase de abstinencia y dependiendo de las circunstancias -tipo de adicción, sustancia consumida, forma de administración, etc.-, se produce el síndrome del

mismo nombre, -cuadro de síntomas de disconfor, cefáleas, vómitos, etc.- que en casos graves pueden llegar a presentar convulsiones. Debe realizarse bajo control médico, quien dictaminara la necesidad de administrar algún sedante o neuroléptico o cualquier otra sustancia que aminore los síntomas del síndrome. Esta fase tiene una duración de ocho-diez días que el paciente debe pasar bajo control en su domicilio o en un centro hospitalario con la finalidad de evitar el consumo. Antes del inicio del síndrome se realiza un control sanitario y análisis convencional con la finalidad de determinar el estado general de salud del paciente; así mismo, a lo largo del síndrome se realizan los orino análisis oportunos para controlar el consumo.

En la entrevista de acogida previa al síndrome, este debe abordarse bajo un prisma de normalidad y presentar siempre la posibilidad de pasarlo en casa junto a la familia sensibilizando a esta su labor y participación en el proceso como co-terapeuta. A este nivel es necesario realizar sesiones de entrenamiento con padres y parejas con la finalidad de administrarles la información y estrategias con las que acometer las situaciones problemas que se pueden presentar a lo largo del síndrome. En caso de que no sea aconsejable, por cualquier motivo, el pasar el síndrome en casa junto a su familia, se le derivara a un centro hospitalario para su control.

Es difícil realizar un pronostico serio de cuantos adictos que superen esta fase, mantendrán después una conducta de abstinencia y durante cuanto tiempo. La mayoría de las variables e indicadores relativas al propio individuo que han demostrado ser predictores o indicadores de buen pronostico en diferentes estudios son de tipo rasgo, es decir, esencialmente estáticas. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, tal y como se desprende de la presentación realizada en el apartado anterior, no solo permite la aproximación a factores o variables dinámicos sino que estos están bajo el control o efecto de la propia intervención de tal modo que podemos evaluar su efecto de forma más o menos inmediata.

El tratamiento psicoterapéutico se inicia con el primer contacto con el adicto y por tanto, debemos evaluar en que estadio de cambio se encuentra y cual o cuales son sus procesos de cambio; los utilizados, así como variables de tipo cognitivo que nos permita un afrontamiento eficaz de nuestro trabajo.

De entre las variables de tipo dinámico que se han demostrado más eficientes no solo en su labor predictora sino en su labor de facilitar un programa de actuación terapéutica, se encuentran: la motivación para el cambio y las expectativas de autoeficiencia. (TEJERO y TRUJOLS (1994)). Estas variables, así como las referidas a la complejidad cognitiva de sus relaciones interpersonales (técnica de rejilla) y todas

aquellas otras de carácter dinámico, no se ven afectadas por el proceso terapéutico sino más bien son parte de él, por tanto también desde el primer momento debemos empezar a disponer de información al respecto.

2.3.2.- FASE II. DESHABITUACIÓN O FASE INTERMEDIA DE TRATAMIENTO:

En esta segunda fase de tratamiento y una vez superado el síndrome se inicia propiamente la fase de deshabituación y reinserción, por este motivo se trabaja de forma sinérgica a tres niveles intentando la máxima implicación del propio paciente en su tratamiento (Nivel sanitario, Nivel Psicológico (diagnóstico y terapéutico) y Nivel social)

Al **nivel sanitario**, se verifica semanalmente y de forma aleatoria mediante controles urinarios, el consumo de drogas. Se realizan las revisiones físicas para descartar cualquier patología asociada al consumo y en caso de que se presente, dar tratamiento y controlarla.

Al **nivel psicológico** tradicionalmente se han distinguido dos actuaciones el psicodiagnóstico y el propiamente psicoterapéutico, aunque como hemos indicado con anterioridad, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente establecen el uso de técnicas de diagnóstico dinámicas encardinadas como parte de la propia terapia. No obstante a **nivel de psicodiagnóstico** es necesario recordar que este ha sido el talón de Aquiles dentro del trabajo con toxicómanos (JAFPE(1984)). Hasta la publicación de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) en 1980 el terreno estaba en manos de los test de personalidad basados en la teoría del rasgo como el MMPI que muy pronto evidenciaron su escasa eficacia diagnóstica en este terreno. El punto crítico está en el diagnóstico de las necesidades del toxicómano de tal manera que el contenido específico de dicho abordaje sea lo más efectivo posible para ese cliente, en la línea de que permita asignar la estrategia terapéutica que de mejor respuesta a las necesidades del paciente. (GLASER (1984)).

EL DSM-III en el capítulo que dedica a trastornos por uso de sustancias psicoactivas, ofrece una serie de criterios para el diagnóstico de dependencia a ciertas sustancias y del abuso de las mismas, partiendo de la base de que la adicción es "un problema de tratamiento unitario manifestado por una dependencia psicofisiológica de una sustancia química particular, por lo que el problema es adecuadamente descrito por la cantidad de síntomas, duración y frecuencia del uso" (McLELLAN (1980)). Dadas las características de la problemática tratada, se impone apostar por un modelo diagnóstico

integrador que combine datos de diversas fuentes y que logre un diagnóstico amplio y contrastado por múltiples instrumentos (APODACA, I.(1993)). La forma operativa de desarrollar este instrumento es necesariamente multidimensional por lo que se impone su tratamiento protocolizado.

APODACA (1993) describe diferentes instrumentos utilizados en el diagnóstico del tratamiento en toxicomanías que aquí vamos a introducir:

a) ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI)

EL ASI es una entrevista estructurada, construida bajo la premisa de que la adicción debe ser evaluada en el contexto de aquellos problemas de tratamiento que pueden haber contribuido y/o resultado del abuso de drogas; el objetivo final es la elaboración de un perfil acerca de la severidad del problema de cada paciente en siete áreas distintas (medica, empleo, uso de drogas, uso de alcohol, legal, relaciones familiares/sociales, condiciones psicológicas). En cada área se combina una puntuación objetiva sobre número duración e intensidad de los síntomas y otra de naturaleza subjetiva donde el paciente valora también sus síntomas.

La severidad para McLELLAN (1980, 1983) se trata de un indicador de la necesidad de tratamiento adicional por lo que la función diagnóstica esta relacionada directamente con la asignación o no de tratamientos adicionales. La versión en castellano se puede encontrar en GUERRA (1992).

b) ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

El análisis de la autoestima en drogodependientes es una vertiente de investigación e intervención clásica. Generalmente cuando se inicia el tratamiento los pacientes tienen un bajo nivel de autoestima por lo que su diagnóstico y tratamiento en psicoterapia se convierte en objetivo de primer orden (BURNS, R.B. en PANTOJA, L.(1990)).

WYLIE (1984) describe y analiza el comportamiento de la escala de Rosenberg de autoestima. La escala ofrece una puntuación global, esta formada por diez ítems de los cuales cinco están formulados en sentido positivo y cinco en forma negativa a los que el sujeto debe dar su nivel de adecuación en una escala de cuatro puntos. Dada su simplicidad y la utilidad de su valoración, será incluida en el protocolo.

c) CUESTIONARIO DE ESFERAS DE CONTROL DE PAULUS & CHRISTIE.

Recoge información sobre el locus de control interno/externo en tres áreas: la eficacia personal, el control interpersonal y el control sociopolítico. El locus de control es un constructo que se relaciona con la capacidad de control que el sujeto tiene del medio de forma que cuando aquel establece una relación estrecha entre su conducta y la consecución de un objetivo decimos que su locus de control es interno; por el contrario cuando tiene a situar la causa de la consecución de logros en factores como el azar, el destino, la sociedad, el estado, etc. decimos que el locus de control es externo. En general el locus de control interno suele relacionarse con un buen estado psicológico (PHARES (1976)).

d) ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE MOOS (FES).

La escala evalúa la percepción de los sujetos respecto a las características socio-ambientales de su familia; evalúa y describe las relaciones personales entre sus miembros, su estructura básica y aquellos aspectos de su desarrollo que tienen más importancia. Esta compuesta por diez subescalas que a su vez miden tres dimensiones básicas, a saber: relaciones, desarrollo y estabilidad.

Utilizando el ASI, WOODY et al (1983) encuentran que la severidad en el área psicológica, más que en la de uso de alcohol o drogas son los predictores más consistentes de los resultados del tratamiento.

Las pruebas diagnosticas recomendadas por APODACA (o.c.) tienen el corte clásico de la teoría del rasgo, es necesario encontrar otros instrumentos de corte más dinámico. Así PROCHASKA, DICLEMENTE, VELICER y ROSSI (1992) proponen algunas otras:

a) Evaluación de los estadios de cambio

Existen diferentes procedimientos para evaluar el estadio de cambio en el que el adicto se encuentra, el más sencillo consiste en una serie de preguntas de carácter discreto y mutuamente excluyente que indican características esenciales de las conductas de adicción de cada estadio. Siendo este un método valido no se ha manifestado como el mas eficaz, de hecho se han

desarrollado escalas o autoinformes mucho más sofisticados como por ejemplo la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). La ventaja de este autoinforme en relación al anterior, radica en la mejor y mas precisa evaluación del grado de intención, disposición o actitud frente al cambio. Esta escala evalúa cuatro de los cinco estadios del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, a saber: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

b) Evaluación de los niveles de cambio

Los niveles de cambio son hasta la fecha la dimensión menos evaluada del modelo de Prochaska y DiClemente, el único instrumento existente es la escala "Levels of Attribution and change" (LAC) (NORCROSS y MAGALETTA (1990)). Con ella se puede evaluar el grado con que uno de los diez factores tratados contribuye etiologicamente o como factor de mantenimiento a una determinada conducta problema, a saber: determinismo espiritual, mala suerte, alteraciones biológicas, dificultades situacionales, cogniciones desadaptadas, conflictos familiares, conflictos interpersonales, conflictos intrapersonales, estilo de vida escogido y esfuerzo suficiente.

c) Motivación para el cambio o toma de decisiones:

Todos las lecturas consultadas y las opiniones de los psicoterapeutas convergen hacia la idea que la motivación hacia el cambio es una de las variables que más determinan el éxito en el cambio de conducta del adicto. Este hecho contrasta con el bajo desarrollo que ha habido de instrumentos de evaluación de la misma. Apunta TEJERO y TRUJOLS (1994), que este hecho es debido a la falta de interés de la mayoría de los teóricos del estudio de la personalidad, así como la baja calidad psicométrica de los instrumentos que se han venido construyendo con el fin de evaluarla. Consecuentemente, los resultados empíricos no correlacionan con las expectativas previas.

Una de las razones más importantes a nuestro modo de ver, radica en el hecho de que la motivación siempre se ha abordado desde una perspectiva estática, bajo la idea de que se trata de un rasgo. La ausencia de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad inherente a todo adicto, sino mas bien como una característica del estado de adicto, susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones. El modelo transteórico ha operacionalizado la variable motivación hacia el cambio mediante el análisis de los componentes

motivacionales y cognitivos implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual, analizando los beneficios y costes para uno mismo y para los demás.

El **Balance Decisional** (autoinforme destinado a evaluar los niveles de motivación para el cambio o conflicto decisional en relación al abandono de una conducta adictiva BD-AH (TEJERO, TRUJOLS y ROCA (1993)) se ha manifestado como un buen predictor del comportamiento futuro de los adictos que se sitúan en los estadios de precontemplación y contemplación.

d) Expectativa de autoeficacia

La definición de autoeficiencia percibida como el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados, difiere del concepto clásico de autoconcepto o del ya introducido de competencia aprendida de Rosenbaum (CAPAFONS y IBÁÑEZ (1988)).

Los conceptos de expectativa de autoeficiencia y de expectativa de resultados son diferentes. La primera hace referencia al juicio que uno hace sobre su propia capacidad a la hora de alcanzar un cierto nivel de acción, mientras que el segundo es un juicio sobre los posibles efectos de la acción o en otras palabras, la autoeficiencia plantearía la capacidad de no consumir una determinada droga y la expectativa de resultados plantearía la consecuencia de esa acción -no consumir droga- en el contexto familiar.

El "Drug-Taking Confidence Questionnaire" (DTCQ) de ANNIS y MARTIN (1985), es un autoinforme destinado a evaluar los niveles de autoeficiencia o seguridad de no consumir opiáceos en una serie de situaciones de riesgo de consumo. El DTCQ puede ser de gran utilidad para el diseño del tratamiento puesto que da un perfil individual de las áreas de mayor riesgo para el consumo de heroína, siendo de especial interés para aplicar técnicas cognitivo-conductuales de control de estímulo, contracondicionamiento, aproximaciones, etc. sobre todo durante el estadio de acción y mantenimiento.

e) LA TÉCNICA DE REJILLA (GRID)

La técnica de la rejilla se basa en la teoría de los Constructos Personales de Kelly que a su vez intenta explicar la personalidad no en base a rasgos universales sino en base de "constructos" individuales consecuencia de la

propia experiencia. Parte por tanto de la idea base de que probablemente los rasgos más que atributos que caractericen la personalidad del sujeto, son categorías conceptuales de las que se sirve el científico, en este caso el psicólogo, para diagnosticar o clasificar a las personas.

Todos los hombres tendemos a organizar perceptualmente nuestro entorno basándonos en categorías o dimensiones descriptivas individuales con el fin de guiar nuestra conducta de una forma adaptativa. La técnica de la Rejilla se constituye en el sistema más adecuado para poder analizar y evaluar el proceso de construcción personal de este sistema de dimensiones individuales (RIVAS, F.; GAYA, C. & ALCANTUD, F. (1994)).

Pero es más, desde sus orígenes en los años cincuenta Kelly puso hincapié en que la técnica de rejilla no es solo una técnica evaluativa o descriptiva sino que la integro totalmente en el contexto terapéutico siendo considerada como una técnica que también puede por reevaluación y concienciación de la información obtenida, provocar cambios profundos. (WINTER, D. (1994); FRANSELLA, F & THOMAS, L. (1993))

Al nivel del modelo de Psicoterapia, la psicoterapia de soporte o expansiva o la cognitivo-comportamental al añadirse al consejo u orientación standard pueden producir de forma significativa mejores resultados que cuando solo se da consejo (WOODY el alt (1984). Los esquemas teóricos psicoterapéuticos más importantes provienen del conductismo, la terapia familiar sistémica y la psicoterapia cognitiva. Aunque la mayoría de los psicoterapeutas dedicados a la adicción proceden de modo más o menos estricto, del campo psicoanalítico o psicodinámico (CASAS y GOSSOP (1993)). Las terapias cognitivas constituyen un enfoque terapéutico más frecuente y de mayor eficacia utilizado en el mundo de la adicción. Opera mediante la alteración de las cogniciones o procesos cognitivos del paciente, atribuyéndoles un papel central como mediadores en la generación de conductas y emociones. El término "cognición" se emplea en su sentido más amplio e incluye ideas, significados, constructos personales, imágenes, expectativas, creencias, atribuciones, etc. De esta forma cualquier terapia de cualquier orden se convierte en cognitiva siempre que cumpla dos condiciones, a saber: a) que exista un manual con un procedimiento explícito y b) que se esperen resultados en un tiempo limitado (FEIXAS, G. (1990)). Bajo esta idea y globalizada por el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente no importa el enfoque dado a la relación terapeuta-paciente, tampoco la técnica particular utilizada en busca del cambio siempre que se acepten el principio de la temporalidad y la sistemática descrita con anterioridad.

Al nivel social la toxicomanía produce una desestructuración familiar y social, un sentimiento de falta de pertenencia al grupo normativo que produce una auto-segregación conducente a la relación de toxicómanos entre toxicómanos lo cual produce un efecto de condicionamiento social que también es necesario tratar y romper. Nuestra actuación pretende la reestructuración del entorno social del toxicómano con la finalidad de hacerle lo más fácil y duradero posible los periodos de abstinencia.

2.3.3.- FASE III. CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA ABSTINENCIA.

Partiendo de la base de que la drogadicción grave " no es curable con garantía absoluta, pero si remisible durante períodos largos, a veces indefinidos." (CASAS, M.& GOSSOP, M.(1993)) nuestro objetivo durante esta fase que como es lógico es indeterminada en el tiempo es conseguir que el paciente no abandone su conducta de abstinencia.

Existen numerosos procedimientos para conseguir la vinculación del paciente con el programa y con ello asegurarse que la abstinencia es indefinida. Al margen del apoyo psicológico que periódicamente se puede establecer nos parece un seguimiento de intensidad variable puede darnos información sobre el estado del paciente y al mismo tiempo darle apoyo para que mantenga su conducta abstinentes (mayor cuanto mas próximo a la fase II y también mayor en función de la demanda de ayuda). El entrenamiento en el reconocimiento de situaciones de riesgo tanto para el afectado como para la pareja y familia; Técnicas de control preventivo de la recaída mediante análisis conductual y cognitivo con la colaboración de la familia y la pareja (MARLATT, G.; GORDON, J.(1984)).etc. serán, tal como vimos en el apartado anterior procesos de cambio utilizables en esta fase. En general se consideran síntomas de buen pronostico (FREIXAS, F.(1993)):

- Integración en grupos o voluntariado como los descritos con anterioridad.
- Controles de orina aleatorios negativos.
- Ausencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco u otras sustancias que pudieran indicar al paciente la ilusión de un posible autocontrol.
- Evitar los planteamientos de autocontrol.
- Establecimiento de nuevas pautas de relaciones sociales.
- Control del "stress" y la ansiedad.
- Participación activa de la familia y/o de la pareja.

El proceso de cambio en las adicciones no es prácticamente nunca lineal, sino dinámico y las recaídas son tan normales y frecuentes que deben ser integradas como un eslabón más en dicho proceso de cambio (CASAS, M. & GOSSOP, M.(1993)). Todos debemos ser conscientes de este proceso y considerarlas como experiencias que permiten

la adquisición de nuevos aprendizajes, el resultado de los cuales determinará la evolución y características del proceso terapéutico posterior.

La mayoría de los estudios de seguimiento coinciden en considerar que el periodo de mayor riesgo para la presentación de una recaída en el consumo es durante el estadio precontemplación, contemplación y preparación y que, en general, disminuye el riesgo conforme se incrementa el tiempo en el que el paciente logra mantenerse abstinentemente.

En los últimos diez años se ha incrementado notablemente el interés por el papel de factores cognitivos en la adicción a las drogas (BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L.(1994)). Uno de los caracteres distintivos de este punto de vista teórico es su preocupación con los factores comunes que diversas adicciones tienen, por ejemplo la falta de autocontrol pueden detectarse igualmente en adicciones tan divergentes como alcoholismo, tabaquismo o la adicción a la heroína (LEVISON (1983)). Los factores psicológicos, sociales, y fisiológicos juegan todos juntos y cada uno de ellos por separado, una parte en la producción de dependencia física o psíquica a una droga, dando a la adicción a su consumo una naturaleza multifactorial. El enfoque del tratamiento, a nuestro modo de ver, debe ser igualmente ecléctico, hasta donde nuestros recursos nos lo permiten. El equipo de tratamiento esta compuesto de medico, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, todos ellos con un enfoque de intervención comunitaria con buenos vínculos con organizaciones de voluntarios locales, u otro tipo de grupos sociales con valor terapéutico. El argumento que defiende este punto de vista es que muchos toxicómanos, particularmente los politoxicómanos tienen un estilo de vida caótico, inestable y para vencer su adicción necesitan estabilizar su vida como sea posible y antes de iniciar el tratamiento. (THOMBS, D.L.(1994); AARON MCNEECE & DINITTO, D. (1994)).

Encontrar al adicto en un periodo de abstinencia de la droga es relativamente fácil. Que éste sea prolongando e indefinido es lo que es difícil. Durante esta fase de tratamiento debemos desarrollar medidas con el objetivo de evitar las recaídas y promover la resocialización de la persona con un estilo de vida en el que la droga no tenga cabida. Los métodos utilizados dependen de orientación teórica, de los problemas particulares del adicto y de los recursos disponibles. Algunos centros ofrecen a un tratamiento a corto plazo [desintoxicación] seguido por otro periodo de tratamiento con grupos de apoyo. Otros intentan un cambio más radical, separando al adicto de su ambiente natural frecuentemente en forma de comunidades terapéuticas en las que el objetivo es ayudar al paciente a aprender modos más apropiados y maduros de relacionarse. La acción de los trabajadores sociales para ayudar a encontrar acomodamiento, formación y empleo, o ayudando con problemas familiares se utiliza

frecuentemente. Para que cualquier tipo de psicoterapia tenga éxitos necesario adoptar, tan pronto como sea posible una relación de confianza en relación a las demandas de paciente. Esto es particularmente importante en la terapia con adictos cuya motivación fluctúa tan fácilmente y cuya experiencia del mundo directo frecuentemente les hace desconfiar de profesionales. Comprometer al usuario y mantener su motivación es, por lo tanto, el primer objetivo de terapia. El siguiente paso consiste en llevar a cabo un análisis detallado de los factores que actúan como disparadores del consumo de droga e identificar al mismo tiempo otras áreas del problema. La intervención cognitivo-comportamental esta dirigida a reducir el riesgo impuesto por estos factores y para proveer estrategias para su modelado. Esta fase también puede incluir otras medidas tal como ayudar en las dificultades interpersonales, entrenamiento de habilidades social, entrenamiento en habilidades instrumentales o preparación para trabajo. Las etapas finales de la terapia se dirige a las estructuras cognitivas más profundas que hacen a la persona más vulnerable al uso de drogas como por ejemplo una estrategia de resolución de problema ineficaz, etc..

EL tratamiento con adictos requiere del terapeuta un enfoque flexible y ecléctico. El tratamiento general que aquí se describe esta derivado de los trabajos de Marlatt, Prochaska y DiClemente y otros autores ya citados con anterioridad. No es ante todo un método total o definitivo para las adicciones, surge simplemente como una estructuración lógica de la lectura, conocimientos y experiencia de los autores y que personalmente han encontrado útiles como guía para la discusión y elaboración de unas normas de comportamiento y recogida de información, en definitiva, para la elaboración de el protocolo de un servicio de asistencia ambulatoria para personas toxicómanas.

3.- PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO:

La documentación e instrumentos del protocolo que sistematiza y homogeneiza el tratamiento psicológico, social y sanitario de los usuarios del servicio ambulatorio, se describe a partir del punto sexto de este documento. Estos documentos son exploratorios y han surgido de un análisis profundo de la actividad de cada uno de los diferentes profesionales. No obstante, es la práctica diaria la que evidenciara la eficacia del mismo. Por este motivo y antes de concluir nuestro trabajo, proponemos la utilización del mismo durante una fase que denominaremos experimental (entre dos y tres meses) para con la evaluación final, análisis de los diferentes indicadores, etc. poder proponer una nueva versión esta más definitiva para el próximo año 1995. A nuestro modo de ver, el instrumento aquí diseñado, tiene la gran potencia de permitir una investigación en la acción terapéutica tal que no solo nos permita validar nuestra actividad diaria sino incluso cuestionarnos planteamientos y modelos teóricos que sin el aporte de datos empíricos de la praxis diaria serian imposible de demostrar.

4.- BIBLIOGRAFÍA

AARON MCNEECE & DINITTO, D.(1994) **Chemical dependency: A systems approach**. Prentice Hall.

APODACA, I.(1993) "El diagnóstico como elemento crucial en las nuevas perspectivas de tratamiento para toxicomanías" **Revista Española de Drogodependencias**, Vol. 18 (4), pp. 253-258

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1992 Versión española) **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)**. Barcelona, Masson.

ANNIS, H.M. & MARTIN, G. (1985) **Drug-Taking Confidence Questionnaire**. Addiction Research Foundation of Ontario. Toronto, Canada.

ANDERSON, R.G. (1992) **Information and Knowledge-based Systems: An Introduction**. New York, Prentice Hall.

ANDERSON, R.G. (1987) **Development of Business Information Systems**. Blackwell Scientific Publication Oxford.

BAER, J.S.; MARLATT, G.A. & McMAHON, R.J. (1993) **Addictive behaviors across the life span**. London: Sage.

BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L.(1994) **Handbook of Psychotherapy and Behavior Change**. J. Wiley & sons.

BURN, J. & O'NEIL, M. (1987) **Information Analysis**. Paradigm/Blackwell Scientific Publications, Oxford.

BROWNELL, K.D.; MARLATT, G.A.; LICHTENSTEIN, E. y WILSON, G.T. (1986) "Understanding and preventing relapses". **American Psychologist**, Vol.41, pp.765-782.

CAPAFONS, A. y IBAÑEZ, E. (1988) "Competencia aprendida (La aproximación a Rosenbaum) I. ". **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, Vol. 6, nº 3, pp 191-214.

CASAS, M. (1992) **Trastornos Psíquicos en Toxicomanías**, Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

CASAS, M. & GOSSOP, M.(1993) **Recaída y prevención de recaída: Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias**. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

CUMMINGS, C.; GORDON, J.R. & MARLATT, A.G.(1980) "Relapse: prevention and prediction", en W.R. MILLER (ed) **The Addictive Behaviours**, New York: Pergamon Press.

FEIXAS, G.(1990) "Las terapias cognitivas: Introducción histórica y perspectivas actuales". **Revista de Psicoterapia**, vol. I, (2-3), pp. 5-33.

FEIXAS, G.(1992) "Constructivismo e integración en Psicoterapia". **Revista de Psicoterapia**, Vol III, nº 12, pp 101-108.

FREIXA, F.(1993) "Problemática del uso del alcohol-cocaína: Una clínica psicosocial distinta". **Revista Española de Drogodependencias**, Vol.18(4), pag 203-232

FRANSELLA, F. y THOMAS, L. (1993) **Experimenting with personal construct psychology**. Routledge, New York.

GLASER, F.B.; ANNIS, H.M.; SKINNER, H.A.; PEARLMAN, R.; SEGAL, R.L.; SISSON, B.; OSBORNE, A.C.; BOHNEN, E.; GAXDA, P. & ZIMMERMAN, T.(1984) **A system of health care delivery**. (3 vols). Toronto: Addiction Research Foundation.

GOLD, M.S. & DACKIS, C.A. (1984) "New insights and treatments: opiate withdrawal and cocaine addiction" . **Clinical Therapeutics**, Vol.7, pag.6-21.

GUERRA, D.(1992) **Addiction Severity Index (ASI): Un índice de Severidad de la Adicción**. En CASAS, M (Ed.) **Trastornos Psíquicos en las toxicomanías (I)** Barcelona, Ediciones en Neurociencias.

GRAÑA, J.L.(1994) **Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento**. Madrid: Debate.

HARTNOLL, R.; DAVIAUD, E.; LEWIS, R.& MITCHESON, M.(1985) **Drug Indicators Project**. Departament of Politics and Sociology, University of London.. Versión española de 1990 publicada por el Plan Nacional sobre Drogas.

HARRY, M. (1990) **Information and Management Systems: Concepts and applications**. Pitman: London.

JAFFE, J.H.(1984) Evaluating drug abuse treatment. En F.J. TIMS & J.P. LUDFORD (Eds.) **Drug abuse treatment evaluation: strategies progress and prospects**, pp. 12-28 (Washington, DC: National Institute of Drug Abuse)

LEVISON, P.K. & GERSTEIN, D.R. & MALOFF, D.R. (1983) **Commonalities in Substance Abuse and Habitual Behavioral**. Lexington, M.A.: Lexington.

LAUDON, K.C. & LAUDON, J.P. (1991) **Management Information Systems: A contemporary Perspective**. Macmillan Publishing Co., New York.

MAHONEY, M.J.(1992) "Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas". **Revista de Psicoterapia**, Vol. III, nº 12

MARLATT, G.; GORDON, J.(1984) **Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change**. New York: Guilford Press.

McLELLAN, A.T.; LUBORSKY, L.; O'BRIEN, C.P. & WOODY, G.E. (1980) "An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index". **Journal of Nervous and Mental Disease**, vol.168, pp.26-33.

McLELLAN, A.T.; LUBORSKY, L.; WOODY, G.E. & O'BRIEN, C.P (1983) "Predicting response to alcohol and drug abuse treatment. Role of psychiatric severity". *Archives of General Psychiatry*, vol. 40, pp.620-625.

MILLER, W.R. (1992) "The effectiveness of treatment for substance abuse: reasons for optimism". *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9, pp.93-102.

NORCROSS, J.C. y MAGALETTA, P.R. (1990) "Concurrent validation of the Levels of Attribution and Change (LAC) Scale". *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 46, pp. 618-622.

O'SHEA et al (Eds) (1987) *Intelligent Knowledge-based Systems: An introduction*. Harper&Row: London.

PANTOJA, L.(1990) *El autoconcepto: Teoría, medición, desarrollo y comportamiento*. Bilbao, Ega.

PROCHASKA, J.O.; DiCLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. (1992) "In search of how people change. Applications to addictive behaviors". *American Psychologist*, 47, pp.1102-1114.

PROCHASKA, J.O. y DiCLEMENTE, C.C.(1992) "Stages of change in the modification of problem behavior". en HERSEN, EISLER y MILLER (Eds) *Progress in behavior modification*, Newbury Park, California, Sage.

PROCHASKA, J.O. y PROCHASKA, J.M. (1993) "Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas". en CASAS y GOSSOP (Ed) *Recaída y prevención de la recaída: Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Neuro Ciencias, Citran, FISP

PROCHASKA, J.O.; DiCLEMENTE, C.C.; VELICER, W. & ROSSI, J. (1992) "Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research". *British Journal of Addiction*, 87, 825-828.

PROCHASKA, J.O.; DiCLEMENTE, C.C.; VELICER, W. & ROSSI, J. (1993) "Standardised, individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation". *Health Psychology*, 12, 399-405.

PHARES, E.J. (1976) *Locus of Control in Personality*. New York: Houghton Mifflin.

RIVAS, F.; GAYA, C. & ALCANTUD, F.(1994) *La Técnica de la Rejilla: Manual de construcción, aplicación y tratamiento de la información*. Valencia: La Nau Llibres.

SCHNEIDER, R.J.; KHANTZIAN, E.(1992) "Psychotherapy and patient needs in the treatment of alcohol and cocaine abuse". en M. GALANTER (Ed.) *Recent developments in alcoholism*. New York, Plenum Press.

SCHAFFER, H.J. (1992) "The psychology of stage change: The from addiction to recovery", en J.H. LOWINSON; P. RUIZ; R.B. MILLMAN y J.G. LANGROD (Eds) *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2ª ed) Baltimore, Williams and Wilkins.

SMITH, D.(1986) "Cocaine-alcohol Abuse: Epidemiological diagnostic and treatment considerations". **Journal Psychoactive Drugs**, Vol.18(2), PAG. 117-129.

TEJERO, A.; TRUJOLS, J. y CASAS, M (1993) "Prevención de recaídas: Su aplicación en un contexto clínico". En M. Casas y M. Gossop (ed) **Tratamiento psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas**. Sitges: Ediciones de Neurociencias.

TEJERO, A. y TRUJOLS, J. (1994) "El modelo transteórico de PROCHASKA y DiCLEMENTE: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas". En GRAÑA, J.L. (Ed) **Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento**. Madrid: Debate.

TEJERO, A. ; TRUJOLS, J. y ROCA , X (1993) " Motivaciones para el cambio y autoeficiencia en adictos a opiáceos: Análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio". Comunicación presentada al **II Congreso Nacional de Psicología Conductual**, Mallorca, Abril

THOMBS, D.L.(1994) **An introduction to addictive behavior: Theory and research for the substance abuse counselor**. Guilford Press.

VILLEGAS, M. (1992) "Hermeneutica y constructivismo en Psicoterapia". **Revista de Psicoterapia**, Vol. III, nº12, pp 5-16.

WINTER, D. (1994) **Personal Construct Psychology in Clinical Practice**. Routledge, New York.

WOODY, G.E.; LUBORSKY, L.; McLELLAN, A.T.; O'BRIEN, C.P.(1983) "Psychoterapy for opiate addicts: Does it help?". **Archives of General Psychiatry**, vol.40, pp.639-645.

WOODY, G.E.; McLELLAN, A.T.;LUBORSKY, L.;O'BRIEN, C.P.; BLAINE, J.; IRA, S. & BERCK, A.T.(1984) "Severety of Psychiatric Symptoms as a Predictor of Benefits from Psychotherapy: The Veterans Administration-Penn Study". **American Journal of Psychiatry**, vol. 141(10), pp1172-1177.

WYLIE, R.C.(1984) **Measures of self-concept**. Linconln: University of Nebraska Press.

Apendices y Documentos

DOCUMENTO I
FICHA DE AFILIACIÓN

DOCUMENTO II.
ENTREVISTA DE ACOGIDA DEL
PSICÓLOGO

Número de Historia

Fecha de realización

Realizada por:

OBJETIVO I) Articular y estructurar la demanda.

1.- ¿Qué deseas de nosotros? ¿Cuál es tu problema?

- 1 Dejar de consumir ahora
- 2 Dejar las drogas
- 3 Trabajo
- 4 Presión familiar
-
- Otros

Observaciones:

OBJETIVO II) Análisis de la historia del consumo.

2.- ¿Qué droga consumes habitualmente?

TIPO DE DROGA	FRECUEN CIA (1)	DOSIS (2)	FECHA		Forma de Adminis- -tración	Motivo de Inicio
			Inicio	Termino		
1 Heroína						
2 Cocaína						
3 Cannabis						
4 Alucinogenos						
5 Éxtasis						
6 Anfetaminas						
7 Tranquilizantes						
8 Alcohol						
9 Otros opiáceos						
10 Otros						

(1) Frecuencia: 1.- Diaria
2.- Fin de semana
3.- Ocasional

(2) Dosis: 1.- Alta
2.- Media
3.- Baja

La idea que subyace a esta y otras preguntas es calcular un índice de la gravedad de la adicción semejante al ASI y que nos permita determinar la necesidad, naturaleza e intensidad del tratamiento. A modo de propuesta la formula de cálculo del **Índice de Adicción (IA)**, podría ser la siguiente:

$$IA = \sum_{i=1}^{i=n} \delta_i \sum \alpha_k d_i$$

donde δ_i es un coeficiente de la gravedad de el tipo de droga. t es el tiempo de consumo en años y d es el nivel de dosis diaria. Deberíamos también introducir un coeficiente ponderador para cada droga en función del modo de administración de tal forma que la vía intravenosa fuera ponderada por ejemplo por 1.5 o 2.

3.- ¿Has intentado dejar de consumir en alguna ocasión?

	Periodo de Abstinencia o consumo controlado		T/P (1)	Tratamiento recibido durante el Síndrome de Abstinencia	Tipo de tratamiento
	Año de Inicio	Tiempo total			
1					
2					
3					
4					

(1) T con tratamiento; P por su cuenta, personal.

4.- ¿Cual fué el motivo a tu modo de ver por el que volviste a consumir?

	Motivo nº	Motivo de las recaídas
		Especificar (1)
1		
2		
3		
4		

(1) 1.- Familiares; 2.- Personales; 3.- Laborales; 4.- Relación; 5.- Pareja; 6.- Otros

Complementariamente a los anteriores datos sobre la gravedad seria interesante introducir los criterios propuestos por GOLD y DACKIS (1984):

5.- Nivel de perdida de control sobre la conducta adicctiva

1.) Imposibilidad de detener, disminuir o rechazar el consumo	1
2.) Uso con regularidad y por tanto predecible	1
3.) Ocasiones y episodios de consumo continuado de 24 horas o más.	1
4.) Anhelo o deseo irresistible (craving)	1
	1
TOTAL	

6.- Incremento de la gravedad en función de:

1.) Reconocimiento de la imperiosa necesidad de consumir.	1
2.) Temor a no poder disponer de droga.	1
3.) Sentimientos de culpa después del consumo. Consumo a escondidas.	1
4.) Preferencia del consumo en relación a otras actividades.	1
5.) Despreocupación por la salud	1
	1
TOTAL	

7.- Uso continuado a pesar de los efectos adversos :

1. Problemas médicos: fatiga, cansancio, insomnio, cefalea, rinitis, bronquitis, taquicardia, etc.	1
2. Problemas psicopatológicos: irritabilidad, depresión, pérdida de interés sexual, anhedonia, deterioro de la memoria, etc.	1
3. Problemática social/Interpersonal: Separación, divorcio, pérdida de amigos, dificultades laborales o profesionales, inicio de cierto proceso de marginación, accidentes de tráfico, etc.	1
TOTAL	1

Indice de violación de la abstinencia:

$$I . V . A . = \sum n^{\circ} * \omega * \mu * \phi$$

siendo n° el número de periodos de abstinencia; ω , es el nivel de perdida de control sobre la conducta (p.5); μ es el incremento de la gravedad (p.6) y ϕ es el uso continuado a pesar de los efectos adversos. Aunque no disponemos de evidencia empirica, consideramos, siguiendo a Marlatt que el número de violaciones de la abstinencia incrementa la dificultad de volver a cambiar la conducta, sobre todo si esta abstinencia se ha conseguido por medios personales. No obstante, también es posible que la importancia de este indice fluctue en función del estadio del cambio donde se produzca el consumo y si realmente se produce una recaída en terminos de Prochaska y DiClemente, es decir, un retorno a un estadio de cambio inferior.

OBJETIVO III) Comprobar la información sobre las drogas.

OBJETIVO IV) Analizar la motivación hacia el tratamiento.

7.- ¿Porque deseas dejar de consumir ahora?

8.- ¿Que importancia tiene para Vd recibir ahora tratamiento psicologico?

Aplicación del BALANCE DECISIONAL DE ADICTOS A LA HEROINA (si es el caso) de TEJERO, TRUJOLS y ROCA (1993)

Instrucciones: Utilizando la escala que figura a continuación, indica en qué grado estás de acuerdo con lo que se describe en las siguientes lineas.

- 0 No estoy de acuerdo
- 1 Estoy algo de acuerdo
- 2 Estoy bastante de acuerdo
- 3 Estoy muy de acuerdo
- 4 Estoy totalmente de acuerdo

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1 | Tomar heroína es placentero | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Después de no haber tomado heroína durante algún tiempo, un pico me hace sentir muy bien | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Me siento relajado y, por tanto, más agusto después de tomas heroína | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Me gusta la imagen del heroínomano | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Mi consumo de heroína puede afectar a las personas que me rodean | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Me sentiria con más energía ahora mismo so no tomara heroína | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Si intento dejar de tomar heroína probablemente estaré irritado y con dolores | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Personas cercanas a mi (mis padres, mi compañero/a, mis amigos/as, etc.) sufrirían si me pusiera enfermo debido a la heroína | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Mi familia y mis amigos me prefieren cuando estoy tomando heroína que cuando estoy intentando dejarla | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Porque sigo tomando heroína, alguna persona que conozco piensa que me falta carácter para dejarla | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Tomar heroína es peligroso para mi salud | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Esoy preocupado por tener que tomar heroína | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Mi consumo de heroína molesta a la gente de mi alrededor | <input type="checkbox"/> |
| 14 | La gente piensa que estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros de la heroína | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Me gusto más a mí mismo cuando tomo heroína | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Tomar heroína me ayuda a concentrarme y a hacer mejor mi trabajo | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Tomar heroína alivia mis tensiones | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Personas cercanas a mí (mis padres, mi compañero/a, mis amigos/as, etc.) no están de acuerdo en que yo tome heroína | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros de la heroína | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Continuando con el consumo de heroína siento que estoy actuando de acuerdo con lo que yo he decidido | <input type="checkbox"/> |

Normas de corrección: El BDAH puede generalizarse a otros tipos de toxicomanos, tansolo cambiando el texto "heroína" por la droga de la que se trate. Se calculan dos indicadores , el de pros y el de contras; las normas de corrección son las siguientes:

Pros: Items 1,2,3,4,7,9,15,16,17,20

OBJETIVO V) Analizar y explorar el estado actual en el que se encuentra.

9.- Ha sido tratado por problemas psicológicos o emocionales o de tipo nervioso no relacionados con el consumo de la droga:

Ha experimentado situaciones de depresión grave.	1
Ha experimentado ansiedad o tensión grave.	1
Ha experimentado alucinaciones	1
Problemas para controlar conductas violentas	1
Problemas o ideas de suicidio	1
Tiene ideas autodestructivas	1
Intento de suicidio	1
TOTAL	

10.- En el momento de la entrevista Vd. esta:

Obviamente inhibido/deprimido	1
Obviamente hostil	1
Obviamente ansioso/nervioso	1
Con problemas de contacto con la realidad	1
TOTAL	

11.- Tiene problemas para

Comprender	1
Concentrarse	1
Recordar	1
TOTAL	

Indice de deterioro psiquico:

$$I.D.P. = \sum \Omega \times \Phi \times \Lambda$$

donde Ω es el nivel de problemas emocionales (p.9); Φ es el estado en el que se encuentra en el momento de la entrevista y Λ es el nivel de deterioro de las funciones cognitivas básicas.

Para cubrir este objetivo, también se ha confeccionado una rejilla que ayuda al psicoterapeuta a evaluar la situación y cuyo manual se encuentra en el documento V de este apéndice.

OBJETIVO VI) Nivelación de expectativas frente al tratamiento

OBJETIVO VII) Desensibilización hacia el síndrome de abstinencia (en su caso)

OBJETIVO VIII) Análisis de estructura y las relaciones familiares e interpersonales

12.- Estado Civil

Casado	1
Casado segundas nupcias	2
Con pareja estable	3
Viudo	4
Separado	5
Divorciado	6
Soltero	7

12bis.- Diagrama familiar:

13.- Alguno de sus parientes más cercanos ha tenido lo que llamaríamos un problema serio con beber, consumir drogas o trastorno psiquiátrico:

	Materna			Paterna		
	Alc	Dro	Psi	Alc	Dro	Psi
Abuelo						
Abuela						
Padre/Madre						
Tía/Tío						
Hermanos						
Primos						

13bis.- Tu mismo, ¿has tenido problemas con el alcohol o has recibido tratamiento psiquiátrico?

	Observaciones
Alcohol	
Psiquiátricos	

14.- ¿En los últimos tres años, en que situación ha vivido más tiempo?

1.- Con pareja sexual e hijos	
2.- Con pareja sexual sin hijos	
3.- Con los padres	
4.- Con la familia	
5.- Con los amigos	
6.- Solo	
7.- En instituciones	
8.- Ninguna situación estable	

15.-¿Con quien pasa la mayor parte del tiempo?

	%
Familia	
Amigos consumidores	
Amigos no consumidores	
Solo	

16.- ¿Cuántos amigos íntimos tienes?

--	--	--	--	--	--

17.- ¿Cuántos de ellos consumen?

--	--	--	--	--	--

Índice de condicionamiento familiar y social hacia el consumo:

$$I.C.F.S = \sum \alpha \times \frac{n^2 c}{n^2 nc}$$

donde α es el n° de familiares directos consumidores de drogas, alcohol o con problemas psiquiatricos; $n^{\circ} c$ son el número de amigos consumidores y $n^{\circ} nc$ el número de amigos no consumidores.

18.- Diria Vd. que tiene relaciones estrechas y duraderas con:

Madre	1	
Padre	2	
Hermanos/hermanas	3	
Pareja sexual/esposo-a	4	
Hijos	5	
Otros familiares	6	
Amigos intimos	7	
Vecinos	8	
Compañero de trabajo	9	

19.-¿Quiénes son las personas con las que te relacionas actualmente?

Despues de enumerarlos, valore sus relaciones utilizando la siguiente escala:

Muy positivas	+3
Positivas	+2
Menos positivas	+1
Neutras (no existen)	0
Menos negativas	-1
Negativas	-2
Muy negativas	-3

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	3													
2		3												
3			3											
4				3										
5					3									
6						3								
7							3							
8								3						
9									3					
10										3				
11											3			
12												3		
13													3	
14														3

Observaciones:

Indice de Stress:

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i \leq j} (d_{ij} - d'_{ij})^2}{\sum_{i \leq j} d_{ij}^2}}$$

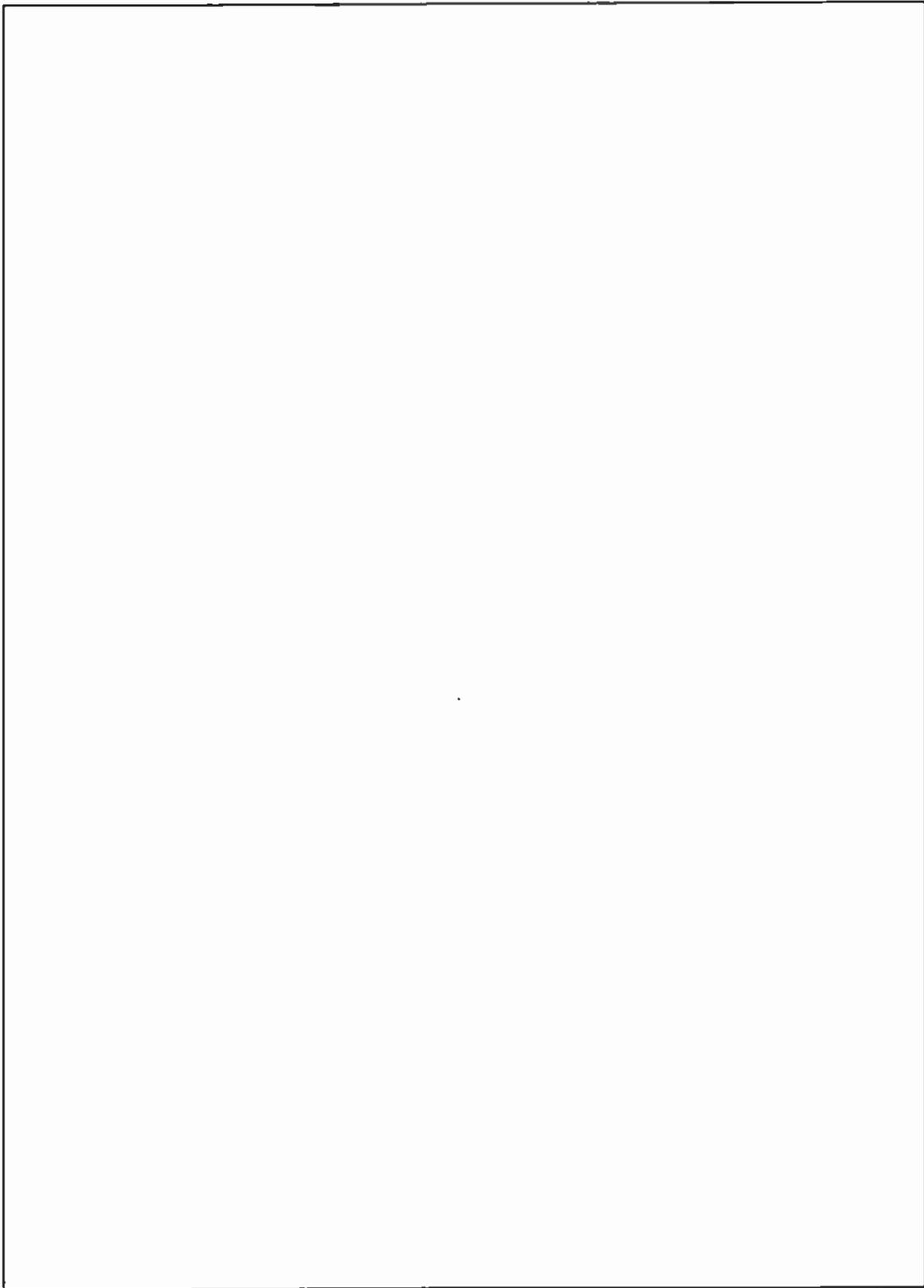
donde d_{ij} son las distancias estimadas por el sujeto y d'_{ij} son las calculadas al proyectar los puntos que representan a los miembros de la familia sobre el plano. Valores proximos a cero indican ausencia de stress y por tanto una estructura bien representada, por el contrario valores proximos a 1, indican todo lo contrario. Los resultados de MDSCAL se pueden representar graficamente tal y como se muestra:



20.- Problematica Judicial:

¿Tienes algun juicio pendiente o pena por cumplir?

Resumen y valoración del caso:



Valencia, de de 199

Fdo.

DOCUMENTO III

**ENTREVISTA DE ACOGIDA DEL
MÉDICO**

Número de Historia

Fecha de realización

Realizada por:

Objetivo I: Análisis del estado físico general:

1.-¿Cuántas veces ha estado hospitalizado por problemas médicos?

	Fecha aprox	Motivo	Hospital	Tipo de medicación
1				
2				
3				
4				
5				

2.- ¿Cuanto tiempo hace que estuvo hospitalizado por última vez debido a problemas orgánicos?

Menos de un mes	1
Entre uno y seis meses	2
Entre seis meses y un año	3
Entre uno y dos años	4
Más de dos años	5

3.- ¿Tiene algún problema médico crónico que interfiera en su vida?

Desarrollo psicomotor	1
Trastornos pulmonares	1
Trastornos cardiovasculares	1
Trastornos digestivos	1
Trastornos visión	1
Trastornos oído	1
Trastornos equilibrio	1
Intervenciones quirúrgicas	1
Traumatismos	1
Trastornos neurológicos	1
Enfermedades infecciosas:	1
Hepatitis	1
VIH(+)	1
Tuberculosis	1
Trastornos psiquiátricos	1
Trastornos ginecológicos	1
Otras	1

El I.D.F (índice de deterioro físico) se deriva de la acumulación de puntos ponderados por la importancia de cada uno de los trastornos, oscilando entre 0 y 100. No deteriorado a totalmente deteriorado físicamente con riesgo incluso de perder la vida a corto plazo.

4.- ¿Está tomando alguna medicación recetada por algún problema de los anteriores?

1	
2	
3	
4	
5	

5.- Resultados exploración clínicos:

	Valoración normalidad	
Peso		N
Talla		N
Presión arterial Diastolica		N
Presión arterial Sistolica		N
Tasa cardiaca		N
Oscultación		N

6.- Análisis clínicos:

Velocidad de sedimentación		
Leucocitos		
Hematies		
Hemoglobina		
Hematocrito		
Volumen corpuscular medio		
Plaquetas		
Linfocitos		
Monocitos		
Eosinofilos		
Glucosa		
Urea		
GOT		
GPT		
LDH		
GAMMA GT		
Fosfatasas alcalinas		
Bilirrubina		
ALfa globulinas		
HBSAG		

ANTIHC		
ANTIHS		
ANTIHV		

7.- Plan de vacunaciones:

Vacuna	Fecha	
Hepatitis B		

8.- Valoración del estado físico general del usuario:

I.D.F

			%
--	--	--	---

9.- Recomendaciones médicas para el síndrome de abstinencia:

--

10.- Medicación:

--

11.- Recomendaciones médicas para el proceso de deshabituación:

--

Resumen y valoración del caso:

Valencia,

de

de 199

Fdo.

DOCUMENTO IV:
ACOGIDA DEL TRABAJADOR
SOCIAL

Número de Historia

Fecha de realización

Realizada por:

1.- Estudios realizados:

Educación formal:

Analfabeto	1
Leer y escribir	2
Primaria no terminada	3
Certificado de escolaridad	4
EGB con graduado	5
BUP y FP no concluido	6
BUP y FP	7
Universitarios no concluidos	8
Universitarios	9

Educación no formal

Cursos del INEM.	
Otros cursos	

2.- Tiene VD. una profesión u oficio

Trabajador agricola	1
Trabajador no cualificado	2
Trabajador cualificado industria o servicios	3
Capataces, contra maestres o mandos intermedios	4
Vendedores (comisionistas)	5
Administrativos	6
Funcionarios (administrativo hasta nivel medio)	7
Directivos (altos funcionarios)	8
Profesionales liberales	9
Empresarios	10
Ninguno	0

Nivel de cualificación:

Muy bajo	1
Bajo	2
Medio	3
Medio Alto	4
Alto	5

3.- Puedes indicar la profesión u oficio de tu padre/madre:

	Padre	Madre
Trabajador agricola	1	1
Trabajador no cualificado	2	2
Trabajador cualificado industria o servicios	3	3
Capataces, contra maestros o mandos intermedios	4	4
Vendedores (comisionistas)	5	5
Administrativos	6	6
Funcionarios (administrativo hasta nivel medio)	7	7
Directivos (altos funcionarios)	8	8
Profesionales liberales	9	9
Empresarios	10	10
Ninguno	0	0

4.- Situación laboral:

Situación	Padre	Madre	Usuario
Trabaja por cuenta propia	1	1	1
Trabaja por cuenta ajena	2	2	2
En practicas	3	3	3
Temporero, trabajos eventuales.	4	4	4
Parado con subsidio	5	5	5
Parado sin subsidio	6	6	6
Busca 1º empleo	7	7	7
Servicio militar o civil	8	8	8
Pensionista	9	9	9
Rentista	10	10	10
Estudiante	11	11	11
Ama de casa	12	12	12
Mendigo	13	13	13
Situación controlada	14	14	14
Otros	15	15	15

5.- Tiene VD. carnet de conducir

No	1
Tipo A	2
Tipo B	3
Tipo C	4
Tpo E	5

6.- ¿Tiene automóvil disponible para su uso?

SI	NO
----	----

6bis.- Edad del primer empleo:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años
----------------------	----------------------	------

7.- ¿Cuanto tiempo ha durado su empleo más prolongado?

	Tipo de empleo	Donde
1	Mas de un año	
2	Mas de seis meses	
3	Mas de tres meses	
4	Mas de un mes	
5	Menos de un mes	

8.- Ocupación actual o última. (Especificar con el máximo detalle)

--

9.- ¿Que tipo de ingresos tiene?

1	Salario
2	Subsidio
3	Pensión
4	Ayuda económica
5	Ayuda económica familiar
6	Ninguna
7	Otras

9Bis ¿Cuanto le han pagado por los últimos treinta días?

Mas de 150.000,-	1
Entre 100.000 y 150.000	2
Entre 75.000 y 100.000	3
Entre 50.000 y 75.000	4
Menos de 50.000	5

10.- Fué sugerido el tratamiento por el Juez

11.- ¿Esta Vd. en libertad bajo fianza o pendiente de algún juicio?

12.- ¿Cuántas veces ha estado arrestado o acusado de delitos como los siguientes?

13.- ¿Cuántas de estas acusaciones acabaron en condena?

TIPO DE DELITO	P.12	P.13
	Acusado	Condenado
Hurto o vandalismo		
Violación de la libertad bajo fianza		
Acusaciones de trafico de droga		
Falsificación de documentos		
Tenencia ilícita de armas		
Robo a viviendas o vehículos (con violencia)		
Atraco		
Incendio provocado		
Violación		
Delitos de sangre		
Desacato a la autoridad		
Desorden publico		
Conducir bajo el efecto del alcohol		
Violaciones graves del código de circulación		
Otros		

14.- ¿Cuántas veces has estado en prisión?



15.- ¿Cuántos meses a lo largo de su vida ha estado encarcelado?

Mas de cinco años	1
Entre dos y cinco años	2
Entre uno y dos años	3
Entre seis meses y un años	4
Menos de seis meses	5

16.- Tipo de vivienda

Sin domicilio	1
Piso	2
Vivienda unifamiliar	3
Pensión	4
Chabola	5
Casa prefabricada	6
Institución	7
Otros	8

17.- Regimen de tenencia de la vivienda

Sin vivienda	1
Cedida	2
Realquilada	3
Alquilada	4
Propia pagandose	5
Propia pagada	6
Domicilio paterno	7

18.- Número de habitaciones, número de camas y número de personas que conviven en el mismo domicilio:

nº habitaciones:	
nº camas	
nº personas	

19.- ¿Dispones de documentación?

Tipo de documento	
D.N.I.	1
Seguridad Social	2
INEM	3
Otros	4

20.- ¿Has cumplido el Servicio Militar? (si procede)

Si	Donde:	Algún problema:
No	Motivo:	

21.- Ocio y tiempo libre.

22.- Grupos sociales a los que pertenece

23.- Aficiones

24.- Expectativas o motivaciones hacia el futuro.

Resumen y valoración del caso:

[Empty box for case summary and evaluation]

Valencia a , de de 199

Fdo.

DOCUMENTO V

INFORME PSICODIAGNOSTICO Y ESCALAS

Número de Historia

Fecha de realización

Realizada por:

Resumen de los resultados del DSM-III-R:

Resumen de los resultados de la escala de Clima Familiar (FES) de Moos, R.H.; Moos, B.S. & Trickett, E.J.

Subescala	Puntuación
Relaciones	
Cohesión (CO)	
Expresividad (EX)	
Conflicto (CT)	
Desarrollo	
Autonomía (AU)	
Actuación (AC)	
Intelectual-cultural(IC)	
Social-Recreativo(SR)	
Moralidad-Religiosidad(MR)	
Estabilidad	
Organización(OR)	
Control(CN)	

Potencial de aprendizaje de Feuerstein¹

$$P.A. = \frac{(RC_{post-test} - RC_{pre-test}) * 100}{N^{\circ} total}$$

¹En Marin Garica, M.A.(1987) El potencial de aprendizaje: Aplicaciones al diagnóstico y la orientación. PPU

Resumen del Inventario de procesos de cambio:

Proceso	Puntuación
Aumento de la concienciación	
Autoliberación	
Liberación Social	
Autorreevaluación	
Reevaluación ambiental	
Contracondicionamiento	
Control de estímulos	
Manejo de contingencias	
Relieve dramático	
Relaciones de ayuda	

Resumen del Cuestionario de Seguridad en Situaciones de Riesgo para consumir

Situación	Puntuación
Emociones desagradables	
Malestar físico	
Emociones agradables	
Comprobando control	
Urgencias o tentaciones para consumir	
Conflicto con los demás	
Presiones de los demás para consumir	
Momentos agradables con los demás	

Resumen del cuestionario Self-Control Schedule de Rosenbaum

Factor	Puntuación
Control de Planificación	
Control de Impulso	
Control de Estado de Animo	
Control de Pensamientos no deseados	
Control de Dolor	
Retraso de la gratificación inmediata	
Eficacia personal	

Resumen del cuestionario STAI Ansiedad Estado-Rasgo.

	Puntuación
Ansiedad Estado	
Ansiedad rasgo	

INVENTARIO DE PROCESOS DE CAMBIO

Instrucciones: a continuación encontrarás una serie de comentarios referentes a conductas, pensamientos y sensaciones de algunos heroinómanos y ex heroinómanos. Léelos atentamente e indica utilizando el número de la escala que encontrarás a continuación la frecuencia con que *últimamente* te ocurren las cosas que en ellos se describen.

- 0 No es en absoluto mi caso.
- 1 Algunas veces es mi caso.
- 2 Bastantes veces es mi caso.
- 3 Muchas veces es mi caso.

-
- 1. Voy comprometiéndome a no tomar heroína. ()
 - 2. Me molesta ser rechazado por los demás por el hecho de ser heroinómano. ()
 - 3. Existen personas en mi vida diaria que se preocupan de que me sienta bien cuando no tomo heroína. ()
 - 4. Ver a otros heroinómanos en pésimas condiciones físicas me hace sentir mal. ()
 - 5. Me siento a disgusto cuando pienso en mi problema con la heroína. ()
 - 6. Pienso que mi vida familiar, afectiva o amorosa sería mejor si no tomase heroína. ()
 - 7. Me viene a la cabeza el recuerdo de artículos de periódico o programas de televisión o de radio que hablan sobre los problemas con los que un heroinómano se encuentra al dejar la heroína. ()
 - 8. A través de los medios de comunicación (T.V., periódicos, radio, etc.) conozco las campañas que se están llevando a cabo contra la heroína. ()
 - 9. Creo que los heroinómanos podemos llegar a ser personas tan útiles para la sociedad como cualquier otra persona, si dejamos nuestra adicción. ()
 - 10. Pienso en la información que la gente me ha dado personalmente sobre los beneficios de dejar la heroína. ()
 - 11. Sé que cada vez más la gente piensa que ser heroinómano significa ser un delincuente o un enfermo de sida. ()
 - 12. Quito de en medio cosas de mi casa que me provocan ganas de tomar heroína. ()

13. Cuando tengo ganas de tomar heroína hago alguna actividad física para que desaparezcan. ()
14. Mi dependencia de la heroína me hace sentirme a disgusto conmigo mismo. ()
15. Suelo abrirme o sincerarme con alguna persona para explicarle mis experiencias con la heroína. ()
16. Pienso en la información de artículos y anuncios del periódico o programas de televisión que hablan sobre cómo uno puede dejar de tomar heroína. ()
17. Creo que el que yo tome heroína perjudica a las personas que me rodean. ()
18. Acostumbro a poner alrededor de los lugares en donde paso más horas (mi casa, mi habitación, mi lugar de trabajo, etc.) cosas que me recuerdan que no debo tomar heroína. ()
19. El recordar que tomar heroína produce diversas enfermedades o problemas físicos (sobredosis, hepatitis, etc.) me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.). ()
20. Evito ir a divertirme a lugares donde sé que van personas que consumen heroína. ()
21. Para no tomar heroína me muevo por barrios de la ciudad en donde no puedo encontrarla. ()
22. Hay algunas personas especiales en mi vida que me aceptan como lo que soy, una persona, tanto si tomo heroína como si no la tomo. ()
23. Me digo a mí mismo que soy capaz de dejar la heroína si así lo quiero. ()
24. Sé que los demás piensan que si tomo heroína es porque soy una persona peligrosa y que crea problemas, pero yo sé que eso no es cierto, y quiero dejar la heroína para demostrarlo. ()
25. Sé que cada vez más la gente de mi ciudad es consciente del problema de las toxicomanías y que se están movilizandando para prevenirlas. ()
26. Creo que el tomar heroína afecta las relaciones (de amistad) que tengo con las demás personas. ()
27. Cuando estoy tentado de tomar heroína, pienso en cualquier otra cosa que pueda distraerme. ()
28. Me digo a mí mismo que puedo escoger entre tomar heroína o no tomarla. ()
29. Recuerdo la información que la gente me ha dado personalmente sobre cómo dejar la heroína. ()
30. Pienso que para poder estar bien conmigo mismo debo dejar de tomar heroína. ()
31. Me felicito, me recompenso o me regalo algo a mí mismo cuando no tomo heroína. ()

32. Cuando necesito relajarme para enfrentarme a mis tensiones o problemas, hago otras cosas en lugar de tomar heroína. ()
33. Evito encontrarme con amigos que sé que están tomando heroína. ()
34. Me afecta emocionalmente (me siento tenso, preocupado, etc.) cuando me advierten de los problemas de relación (familiares, de pareja o de amistad) que supone el tomar heroína. ()
35. Sé que alguien me felicitará o recompensará si no tomo heroína. ()
36. Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas con la heroína. ()
37. Me digo a mí mismo que si lo intento con bastante firmeza puedo estar sin tomar heroína. ()
38. Los consejos o advertencias sobre lo peligroso que resulta para la salud el tomar heroína me afectan emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.). ()
39. Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con la heroína. ()
40. Existen algunas personas que cuando no tomo heroína me recompensan o me felicitan. ()

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD EN SITUACIONES DE RIESGO PARA CONSUMIR

A continuación encontrarás una serie de situaciones o acontecimientos en los que algunas personas acostumbran a tomar heroína.

Imaginate que ahora te encuentras en cada una de esas situaciones. Indica a partir de la escala que encontrarás a continuación el grado de seguridad que tú tienes de poder resistirte al deseo de tomar heroína en esas situaciones, y por tanto enfrentarte a ellas sin tomarla.

Tacha el «100» si ahora mismo tienes un 100 por 100 de seguridad de que podrías resistirte al deseo de tomar heroína en esa situación. Tacha el «80» si tienes el 80 por 100 de seguridad, o el «60» si tienes el 60 por 100 de seguridad de poder no tomar heroína en esa situación. Si estás más inseguro que seguro, tacha el «40» para indicar que sólo tienes un 40 por 100 de seguridad de poder resistirte al deseo de tomar heroína. Tacha el «20» si tienes un 20 por 100 de seguridad, o tacha el «0» si no estás seguro de poder resistirte a ese deseo de tomar heroína.

SERÍA CAPAZ DE RESISTIRME AL DESEO DE TOMAR HEROÍNA

	No estoy seguro			Estoy seguro		
1. Si estuviera deprimido por todo en general.	0	20	40	60	80	100
2. Si me sintiera débil, enfermo o con malestar físico en general.	0	20	40	60	80	100
3. Si me sintiera contento.	0	20	40	60	80	100
4. Si sintiera que no había ninguna otra salida.	0	20	40	60	80	100
5. Si quisiera comprobar si podía tomar esas drogas con moderación.	0	20	40	60	80	100
6. Si me encontrara en un lugar en el que anteriormente había tomado o comprado esas drogas.	0	20	40	60	80	100
7. Si me sintiera tenso o incómodo por la presencia de alguien.	0	20	40	60	80	100
8. Si estuviera invitado en casa de alguien, me ofrecieran esas drogas y me hiciera sentir molesto el tener que rechazarlas.	0	20	40	60	80	100
9. Si me encontrara con algunos viejos amigos y deseásemos pasar un buen rato.	0	20	40	60	80	100
10. Si fuera incapaz de expresar mis sentimientos a alguien.	0	20	40	60	80	100
11. Si me sintiera decepcionado conmigo mismo.	0	20	40	60	80	100

	No estoy seguro			Estoy seguro		
12. Si tuviera problemas para dormir.	0	20	40	60	80	100
13. Si me sintiera seguro y relajado.	0	20	40	60	80	100
14. Si estuviera aburrido.	0	20	40	60	80	100
15. Si quisiera demostrarme a mí mismo que esas drogas no son un problema para mí.	0	20	40	60	80	100
16. Si inesperadamente me encontrase ante esas drogas o diese la casualidad que viera algo que me las recordara.	0	20	40	60	80	100
17. Si otras personas me rechazasen o pareciese que yo no les cayera bien.	0	20	40	60	80	100
18. Si saliera con unos amigos y éstos no pararan de proponer que fuéramos a algún sitio y tomáramos esas drogas.	0	20	40	60	80	100
19. Si estuviera con un buen amigo y quisiéramos sentirnos mejor juntos.	0	20	40	60	80	100
20. Si algunas personas me trataran injustamente o impidieran que yo pudiera hacer lo que me había propuesto.	0	20	40	60	80	100
21. Si me sintiera solo.	0	20	40	60	80	100
22. Si deseara mantenerme despierto, estar más «espabilado», o sentirme más lleno de energía.	0	20	40	60	80	100
23. Si me sintiera contento por algo.	0	20	40	60	80	100
24. Si me sintiera nervioso o tenso por algo.	0	20	40	60	80	100
25. Si quisiera comprobar si podía tomar esas drogas de vez en cuando sin llegar a engancharme.	0	20	40	60	80	100
26. Si hubiera estado bebiendo y me viniese a la cabeza la idea de tomar esas drogas.	0	20	40	60	80	100
27. Si me sintiera muy influido por mi familia o sintiera que no podía responder a las expectativas que habían puesto en mí.	0	20	40	60	80	100

	No estoy seguro			Estoy seguro		
28. Si otras personas en la misma habitación estuvieran tomando esas drogas y yo pensara que ellos esperaban de mí que tomase también.	0	20	40	60	80	100
29. Si estuviera con amigos y quisiera divertirme más.	0	20	40	60	80	100
30. Si no me llevara bien con los demás en la escuela o en el trabajo.	0	20	40	60	80	100
31. Si empezara a sentirme culpable por algo.	0	20	40	60	80	100
32. Si quisiera perder peso.	0	20	40	60	80	100
33. Si me sintiera contento con mi vida.	0	20	40	60	80	100
34. Si me sintiera agobiado y deseara evadirme.	0	20	40	60	80	100
35. Si quisiera comprobar si podía estar con amigos que tomaran esas drogas, sin yo tomarlas.	0	20	40	60	80	100
36. Si oyera a alguien hablar de sus experiencias pasadas con esas drogas.	0	20	40	60	80	100
37. Si hubiera peleas en casa.	0	20	40	60	80	100
38. Si me presionasen para tomar esas drogas y sintiera que no podía rechazarlas.	0	20	40	60	80	100
39. Si quisiera divertirme con un amigo.	0	20	40	60	80	100
40. Si alguien estuviera descontento con mi trabajo o me sintiera presionado en la escuela o en el trabajo.	0	20	40	60	80	100
41. Si me sintiera enfadado por cómo habían ido las cosas.	0	20	40	60	80	100
42. Si tuviera dolor de cabeza o me doliese algo.	0	20	40	60	80	100

	No estoy seguro			Estoy seguro		
43. Si recordara algo bueno que había pasado.	0	20	40	60	80	100
44. Si me sintiera confundido por lo que debía hacer.	0	20	40	60	80	100
45. Si quisiera comprobar si podía estar en sitios en donde se tomaran esas drogas sin tomarlas.	0	20	40	60	80	100
46. Si empezara a pensar en lo bien que me podía poner o sentir tomando esas drogas.	0	20	40	60	80	100
47. Si sintiera que necesitaba coraje para enfrentarme a alguien.	0	20	40	60	80	100
48. Si estuviera en un grupo de gente y todos estuvieran tomando esas drogas.	0	20	40	60	80	100
49. Si estuviera pasando un buen rato y quisiera aumentar mi placer sexual.	0	20	40	60	80	100
50. Si sintiera que alguien intenta controlarme y yo quisiera sentirme más independiente.	0	20	40	60	80	100

SELF-CONTROL SCHEDULE

CUESTIONARIO A. C. (Rosenbaum, 1980)

Traducido y Adaptado por Dr. A. Capafóns y Dra. P. Barreto
 Universidad de Valencia

(Edición Preliminar)

Nombre y Apellidos
 Edad Sexo Fecha de aplicación Teléfono
 Domicilio

Instrucciones

Indique en qué medida le caracterizan y describen cada una de las siguientes afirmaciones, usando, el código siguiente:

Código: Me caracteriza y me describe muchísimo = 3; Me caracteriza y me describe bastante = 2; Me caracteriza y describe ligeramente = 1; No me caracteriza y describe casi nunca = -1; Dista mucho de caracterizarme y describirme = -2; No me caracteriza y me describe en absoluto = -3.

1. Cuando realizo una tarea aburrida, pienso en aquellas partes de la tarea menos aburridas y en la recompensa que recibiré cuando haya finalizado —
2. Cuando he de hacer una tarea que me produce ansiedad, intento ver cómo puedo vencerla mientras la realizo —
3. A menudo cambiando mi manera de pensar, soy capaz de cambiar mis sentimientos acerca de casi todas las cosas —
4. A menudo me es difícil vencer mis sentimientos de nerviosismo y tensión sin ayuda externa —
5. Cuando me siento deprimido intento pensar en cosas agradables —
6. No puedo evitar pensar en los errores que he cometido en el pasado —
7. Cuando me enfrento con un problema difícil, intento buscar su solución de modo sistemático —
8. Normalmente cumplo mis obligaciones más rápido cuando alguien me presiona —
9. Cuando me enfrento a una situación difícil, prefiero posponer el tomar una decisión incluso si tengo a mi disposición todos los elementos de juicio —
10. Cuando noto que tengo dificultades al concentrarme en la lectura busco modos de aumentar mi concentración —
11. Cuando planifico un trabajo, retiro todos los elementos irrelevantes a él —
12. Cuando intento librarme de un mal hábito, primero intento detectar todos los factores que lo mantienen —
13. Cuando me molesta un pensamiento desagradable, intento pensar en algo agradable —
14. Si fumara dos paquetes de cigarrillos al día, probablemente necesitaría ayuda externa para dejar de fumar —
15. Cuando estoy deprimido, intento hacer cosas divertidas para cambiar mi estado de ánimo —
16. Si llevara pastillas conmigo, tomaría un tranquilizante cada vez que me sintiera tenso o nervioso —
17. Cuando estoy deprimido, intento mantenerme ocupado haciendo cosas que me gustan —
18. Tiendo a posponer las tareas desagradables aunque las pueda hacer de inmediato —
19. Necesito de ayuda externa para librarme de algunos de mis malos hábitos ... —
20. Cuando me cuesta ponerme a hacer un determinado trabajo, busco los modos de facilitármelo —
21. No puedo evitar el pensar en todo tipo de catástrofes futuras —
22. Prefiero terminar el trabajo que tengo que hacer, antes de empezar a hacer las cosas que realmente me gustan —
23. Cuando me duele alguna parte del cuerpo, intento no pensar en ello —
24. Mi auto-estima aumenta en la medida en que soy capaz de sobreponerme a un mal hábito —
25. Para lograr sobreponerme a los malos sentimientos que acompañan el fracaso, a menudo me digo a mí mismo que lo que sucedió no es tan catastrófico y que puedo hacer algo al respecto —

- 26. Cuando siento que estoy siendo muy impulsivo me digo a mí mismo: «Para y piensa antes de hacer nada» —
- 27. Incluso cuando estoy terriblemente furioso con alguien, considero mis acciones muy cuidadosamente —
- 28. Si me entrento a la necesidad de tomar una decisión, habitualmente considero todas las alternativas posibles, en vez de decidir rápida y espontáneamente... .. —
- 29. Habitualmente hago primero las cosas que me gustan, aún cuando hay otras cosas urgentes por hacer —
- 30. Cuando me doy cuenta de que no puedo hacer nada para impedir llegar tarde a una reunión importante, me insto a mí mismo a mantener la calma —
- 31. Cuando siento dolor, me distraigo de él —
- 32. Cuando tengo varias cosas que hacer, en general planifico mi trabajo —
- 33. Cuando tengo poco dinero, decido anotar todos mis gastos para planificar cuidadosamente el futuro —
- 34. Si me es difícil concentrarme en un trabajo determinado, lo divido en parte más pequeñas —
- 35. Frecuentemente no puedo superar los pensamientos desagradables que me molestan —
- 36. Cuando tengo hambre y no puedo comer, intento alejar mis pensamientos de mi estómago e imaginar que estoy satisfecho —

CLIMA SOCIAL: FAMILIA

Anote sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra «Puesto», indique el lugar que ocupa Vd. en la familia: padre, madre, hijo, etc. ...

A continuación lea las frases de este impreso; Vd. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Si Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la Hoja.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Vd. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
-
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos «pasando el rato».
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
-
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil «desahogarse» sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gana cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
-
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competición y «que gane el mejor».
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.
-

41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
→
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
→
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
→
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. «Primero el trabajo, luego la diversión», es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
→
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

Escala de Pertenencia Sociofamiliar

Área normalidad	
1. ___ Excelente realizado	Integrado emocionalmente en su propia familia. Fuera de la familia tiene relaciones satisfactorias.
2. ___ Ordinario	Como antes, pero no necesariamente emocionalmente realizado. Existen algunos conflictos o dificultades.
3. ___ Dificultad	Tiene lazos con la familia y amigos, pero con serias dificultades o distanciamiento, por lo menos, en algún sentido.
Área sintomática	
4. ___ Problemático	Conflictos serios o relaciones emocionales con amigos y familiares insatisfactorias. Existen indicios de relación e identificación con el abuso de drogas o individuos marginales.
5. ___ Sin clarificar	Con un pie en varios lugares. Conflictos, aislamiento o familiaridad con los lugares característicos del abuso de drogas, lo que hace difícil decidir dónde tiene el individuo sus lazos más fuertes.
6. ___ Al borde	Las relaciones y las pertenencias están dominadas por los círculos del abuso de drogas/asociales, o por el aislamiento. Sin embargo, el individuo todavía vive en casa o está en contacto con su propia familia.
Área problemática	
7. ___ Aumento de la desviación	La relación con la familia se caracteriza por conflictos; todo contacto y pertenencia va en la dirección de un estilo de vida de abuso de drogas. Sin embargo, todavía es posible que mantenga algún contacto emocional con alguien que esté fuera de los círculos del abuso de drogas.
8. ___ Desviación social	Pertenencia total al medio del abuso de drogas, o vive de forma solitaria. Existe, todavía, alguna motivación por cambiar y puede haber hecho algún intento, tratando de cooperar, pero fracasando al final.
9. ___ Desviación fija	Activamente integrado y participando en un medio de abuso de drogas y/o completamente solitario. No existen señales de motivación por intentar cambiar.
10. ___ Desconocido	Se desconoce. Ha abandonado el programa o ha ingresado en prisión, hospital, comunidad terapéutica, o ha muerto.

(Adaptada de Holsten y Waal, 1980.)

SITUACIÓN SOCIOCOMUNITARIA

Escala de Funcionamiento Sociocomunitario

		Área normalidad
1. ___	Excelente	Empleo o educación a tiempo completo, según las habilidades. Independencia económica. Socialmente se vale por sí mismo y participa a nivel comunitario.
2. ___	Ordinario	Empleo a tiempo completo, pero quiere cambiar. A nivel comunitario está integrado.
3. ___	Aceptable	Empleo, educación o vida comunitaria adecuada, pero a veces está insatisfecho.
		Área sintomática
4. ___	Moderadamente inadecuado	Educación, trabajo y vida comunitaria irregular. Búsqueda activa de trabajo, formación o ambos. Los individuos de esta categoría necesitan entrenamiento profesional o pueden necesitarlo.
5. ___	Inadecuado	Ocasionalmente hace trabajos o cursos que intercala con largos períodos de desempleo. Sin embargo, a nivel comunitario mantiene hobbies o intereses personales. Depende de otros para apoyo social y económico. No está implicado en actividades delictivas o antisociales.
6. ___	Fronterizo	Existen intentos por lograr un empleo o un entrenamiento profesional. Puede que tenga trabajos ocasionales, aunque muchas veces lo ha intentado y ha fracasado. Económicamente depende de otros y existe la posibilidad de cometer actos delictivos relacionados con el consumo de drogas. Sus aficiones se han deteriorado y las practica con poca frecuencia.
		Área problemática
7. ___	Funcionamiento sociocomunitario deteriorado	Ausencia de trabajo, tiene cierta motivación por encontrarlo, pero no lo intenta. A nivel económico depende del apoyo de los demás o de actos delictivos. El funcionamiento comunitario está deteriorado. Apenas practica hobbies, ni participa en la vida del barrio.
8. ___	Al borde de la resignación	Comete con frecuencia actos delictivos y/o prostitución. En muchos casos recibe apoyo de su familia o instituciones para cambiar su estilo de vida de drogodependiente, pero no existen actitudes de cambio.
9. ___	Conducta delictiva cronificada	Ausencia de trabajo, motivación y vida comunitaria. No tiene interés por cambiar.
10. ___	Desconocido	Se desconoce. Ha abandonado el programa o ha ingresado en prisión, hospital, comunidad terapéutica, o ha muerto.

(Adaptada de Holsten y Waal, 1980.)

Escala para la evaluación subjetiva del DESEO

Especificar el nivel subjetivo de deseo de heroína y/o cocaína en una escala de 1 a 7, de acuerdo con la siguiente especificación:

- ___ (1) Si pudieses consumir drogas libremente, ¿consumirías ahora mismo?
- ___ (2) Si te encontrases en una situación en la que habitualmente consumías, ¿te gustaría consumir ahora también?
- ___ (3) Con frecuencia, ¿piensas en consumir heroína y/o cocaína últimamente?
- ___ (4) Si pudieses consumir ahora mismo, ¿serías capaz de decir que no?
- ___ (5) ¿Echas de menos el consumo de heroína y/o cocaína?
- ___ (6) Ahora mismo, ¿tienes deseo de consumir?
- ___ (7) Ahora mismo, ¿encontrarías desagradable una o varias dosis de heroína y/o cocaína?

Otra forma alternativa de evaluar el deseo subjetivo consiste en preguntarle al paciente que nos indique en una escala de 1 a 10 cuál es su deseo subjetivo de consumir drogas. El 1 significa ausencia de deseo, el 5 un nivel moderado o promedio, y el 10 un deseo irresistible. A continuación se especifica la escala propuesta en el siguiente diagrama, pidiéndole al paciente que elija el punto que más se ajusta a su situación en este momento.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún deseo			Deseo moderado				Máximo deseo		

3L. *Escala para evaluar el síndrome de abstinencia*

A continuación aparece una lista de posibles molestias o problemas que le pueden haber afectado a lo largo de las últimas 24 horas o en este mismo momento. Lea cada una de ellas y ponga una marca, según la escala que aparece a continuación.

- 1. Nada
- 2. Algo
- 3. Bastante
- 4. Mucho

- 1. Me siento enfermo, mareado ()
- 2. Tengo náuseas o sensaciones similares..... ()
- 3. Tengo temblores y/o movimientos musculares involuntarios ()
- 4. Me dan escalofríos..... ()
- 5. El corazón me late más deprisa ()
- 6. Noto tensión muscular, fundamentalmente en brazos y piernas..... ()
- 7. Noto agujetas en mi cuerpo..... ()
- 8. Se me abre la boca (bostezos)..... ()
- 9. Me lloran los ojos..... ()
- 10. Tengo insomnio y/o problemas para dormir ()

EVALUACIÓN DE LA ABSTINENCIA

Escala para Evaluar la Toma de Drogas

Área normalidad	
1. ___ Abstinencia	Ausencia de consumo de drogas.
2. ___ Moderación	Consumo de drogas, socialmente aceptadas, en grado moderado, en situaciones aceptables; p. ej., beber vino o cerveza en las comidas o fiestas sociales.
3. ___ Consumo controlado	El consumo, a veces, excede el promedio socialmente aceptado. El individuo tiene control pleno de la situación, y no existen consecuencias negativas.
Área sintomática	
4. ___ Consumo problemático	El consumo de la droga está motivado por algún problema o genera dificultades en el ajuste social del individuo. Existe un juicio crítico sobre el consumo; p. ej., bebe alcohol todos los días, pero no cuando está contraindicado en ciertas situaciones.
5. ___ Intoxicación	Se intoxica siempre que es posible, pero sin llegar a iniciar conductas extremas para conseguir la droga o el alcohol. Puede permanecer abstinentes sin gran dificultad en circunstancias determinadas; p. ej., a menudo se intoxica con alcohol, fuma cannabis varias veces al día, toma anfetaminas u opiáceos esporádicamente, llegando a inyectarse ocasionalmente.
6. ___ El control está en peligro	Como antes, pero con episodios concretos y definidos, donde el individuo ha fracasado en mantener ciertos intentos de abstinencia; p. ej., abusa de varias drogas al mismo tiempo (alcohol, cannabis, opiáceos, anfetaminas), pero todavía no existe una droga principal de abuso.
Área problemática	
7. ___ Dependencia inminente	El consumo se centra alrededor de una droga con señales de dependencia. Se da una alternancia entre períodos de consumo y de abstinencia.
8. ___ Dependencia clara	El consumo de una droga, a menudo, domina la existencia. Existen planes, de vez en cuando, de dejar la droga.
9. ___ Abuso crónico	Ha cedido a la droga. La única motivación consiste en la búsqueda de droga. No existen planes para cambiar; p. ej., tiene un estilo de vida de «yonqui».
10. ___ Desconocido	Se desconoce. Ha abandonado el programa o ha ingresado en prisión, hospital, comunidad terapéutica, o ha muerto.

(Adaptada de Holsten y Waal, 1980.)

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	P D = 90	+	-	=
A / R	P D = 21	+	-	=

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

DOCUMENTO VI
PROGRAMA DE TRATAMIENTO
INDIVIDUALIZADO

Número de Historia

Fecha de realización

Realizada por:

Objetivos:

Temporalización:

Programa de actividades:

Valencia, de de 19
Fdo. El responsable

DOCUMENTO VII

**SEGUIMIENTO DEL
TRATAMIENTO PSICOLOGICO,
MEDICO O ACTUACIÓN SOCIAL.**

Número de Historia

Fecha de realización

Realizada por:

Fecha	Acción	Resultados	Observaciones

DOCUMENTO VIII
INFORME DE ALTA/BAJA

Número de Historia

Fecha de realización

Realizada por:

ALTA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN:

1	Acogida nueva
2	Reacogida

BAJA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN:

1	Alta voluntaria
2	Alta terapeutica
3	Abandono del tratamiento
4	Derivación a otro servicio
5	Exitus
6	Otras

Observaciones:

Valencia, de de 19
Fdo. El responsable

DOCUMENTO IX

INFORME ANUAL DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO

	Nº de personas atendidas	Nº de personas atendidas durante el S.A.	Nº de personas bajo tratamiento Psicologico	Nº de personas atendidas en el Centro de Dia
1993				
1994				
Total atendidas por el servicio				

1994	Nº de personas atendidas	Nº de personas atendidas durante el S.A.	Nº de personas bajo tratamiento Psicologico	Nº de personas atendidas en el Centro de Dia
Acogidas				
Reacogidas				
Total				
Altas voluntarias				
Altas terapeuticas				
Abandonos				
Exitus				
Desconocida				

DOCUMENTO X
INFORME INDIVIDUALIZADO

DOCUMENTO XI

MANUAL DE REJILLA SUPLIDA PARA LA ENTREVISTA DE ACOGIDA DEL PSICOLOGO

1. LA PERSONALIDAD COMO CONSTRUCCION PERSONAL

El estudio de la personalidad se sigue nutriendo, en gran parte, de las mismas concepciones que han presidido el campo durante los últimos 50 años. Rasgos, actitudes, intereses, estados,... se han utilizado a la hora de enfrentar la tarea de evaluar y predecir la conducta humana. Que algunos de estos conceptos (especialmente el de "rasgo") haya caído en desuso no debe extrañarnos puesto que, como muy bien señala SCHNEIDER (1973), lo menos importante es el término lingüístico que empleemos, ya que el principal problema radica en que "no poseemos ninguna o casi ninguna evidencia sobre cuales son las unidades naturales de la cognición personal" (p.306). Dicho de otra forma, "rasgos", "estados", ... no son más que categorías descriptivas de las que en ningún caso puede afirmarse que sean las mismas que el sujeto utiliza en realidad. Y muy criticable, y hasta desmentible, es la supuesta generalidad y universalidad de las dimensiones de personalidad que durante tanto tiempo han mantenido a la Psicología de la Personalidad dentro de un enfoque nomotético que permite su medida.

Puesto en tela de juicio el enfoque nomotético por su perspectiva "encorsetadora" de la personalidad del individuo, surgen distintos autores cuyos planteamientos apuntan hacia aproximaciones más individualistas del sujeto; planteamientos que conciben al sujeto como uno y único. La principal figura promotora de esta nueva corriente ha sido SHAPIRO con el enfoque $N = 1$, dando paso a una perspectiva "idiográfica", "cromosómica" o "centrada en la persona".

¿Que ventajas ofrece este enfoque sobre el tradicionalmente empleado en la metodología del rasgo?. En primer lugar, hace de la variabilidad intraindividual, tan desestimada por aquél, centro y base de la investigación, con un diseño que permite, a través de la intervención sobre las variables, *aislar las condiciones del cambio* (HERSEN y BARLOW, 1976). En segundo lugar, y en virtud del reconocimiento de esa variabilidad, rechaza la utilización de categorías o etiquetas que reflejen juicios de valor a priori sobre el individuo. En tercer lugar, no enfoca la tarea de evaluar la personalidad como un intento globalista, sino que se centra más bien en *la delimitación de variables concretas referidas al sujeto*. Por último, carece de las limitaciones inherentes a un enfoque grupal de investigaciones (exigencias muestrales y de significación estadística), ofreciendo una alternativa de estudio longitudinal que *establece la generalidad de sus resultados a través de diseños de replicación*.

La orientación idiográfica se ha denominado en alguna ocasión, "personalista" o "humanista", en razón de considerar el comportamiento en su conjunto como propio o específico de cada persona. Con todo, el planteamiento nomotético vs. idiográfico, no parece ajustarse a la complejidad de la investigación psicológica, y tampoco se resuelve por un eclecticismo no comprometedor.

Tras una revisión de las causas determinantes del estado en que se hallaba sumida la Psicología de la Personalidad, recogía FISKE (1974) tres nuevos arranques o planteamientos por los que, en su opinión, debía transcurrir en el futuro la investigación del campo. Sin embargo, los años transcurridos desde entonces hasta ahora han diferenciado cuantitativamente la trayectoria de esos tres enfoques, favoreciendo con mucho al tercero de ellos como la "*forma en que los individuos perciben, interpretan y construyen la conducta ajena y la propia*" (FISKE, 1974), decantándose así, el estudio de la personalidad, hacia un planteamiento cognitivo de la misma. Los otros dos enfoques, el experimentalista y el naturalista, han dado pie a problemas de difícil solución que en este apartado obviaremos para centrarnos en la perspectiva que más nos interesa: **UNA PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD DE CORTE COGNITIVO.**

2. LA FUNDAMENTACION DE LA TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES (TCP) DE KELLY

En este contexto de estudio "UNA PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD DE CORTE COGNITIVO" se enmarca la TCP de Kelly. Enunciada por primera vez en 1955 por G.A.KELLY, representa el fruto de toda una vida de labor clínica, y constituye, junto con un reducido número de artículos y conferencias, la totalidad de su obra. Sus raíces hay que buscarlas, como su mismo autor señala, en la filosofía que en la teoría que presentamos tiene un nombre bien definido: **alternativismo constructivista.**

La TCP podría clasificarse como una epistemología más que como una psicología (SLATER, 1976b), En efecto, *su objeto principal es el "construir" como forma universal del pensamiento*; si a esto añadimos otras dos características que le son propias, a saber, su formulación abstracta que le preserva de limitaciones culturales, y su concepción integral del hombre (BANNISTER y FRANSELLA, 1971) se hará evidente que nos encontramos ante una teoría capaz de generar una técnica cuyo mayor mérito lo constituye su flexibilidad y adaptabilidad a los más diversos campos y propósitos de investigación: estamos hablando de (grid) o la **TECNICA DE REJILLA**

Pero antes de entrar a hablar de la Técnica de Rejilla y su potencialidad en la evaluación y cambio cognitivo, definamos brevemente los postulados fundamentales de la "Teoría de los Constructos Personales (TCP) de Kelly, lo cual nos permitira comprender mejor los componentes de esta técnica y su forma de aplicación:

- "El hombre mira su mundo a través de patrones transparentes o plantillas que él crea y que intenta fijar sobre las realidades de las que el mundo se compone".

- "Los cambios en el sistema de construcción no son siempre para bien ni tienden siempre necesariamente a estabilizar".
- "Los procesos de una persona están psicológicamente canalizados por las formas en que anticipa acontecimientos"
- "Una persona anticipa acontecimientos construyendo sus expectativas y réplicas" (*Corolario de construcción*).
- "Las personas difieren unas de otras en sus construcciones de los acontecimientos" (*Corolario de individualidad*).
- "El sistema de construcción de una persona varía conforme él construye sucesivamente las réplicas de los acontecimientos" (*Corolario de experiencia*).
- "En la medida en que una persona emplea una construcción de experiencia que es similar a la empleada por otra, sus procesos psicológicos son similares a los de la otra persona" (*Corolario de comunalidad*).
- "En la medida en que una persona construye los procesos de construcción de otra, puede desempeñar un rol en un proceso social que instruya a la otra persona" (*Corolario de sociabilidad*).

Estos postulados aquí planteados no son todos los que definen la TCP de Kelly pero sí aquellos que consideramos fundamentales para la comprensión de la teoría y su aplicación al mundo de las drogodependencias (ver Rivas & Marco 1984 :Evaluación condual subjetiva: La técnica de rejilla" y Rivas, Gayá y Alcantud 1994: "La técnica de Rejilla: manual de construcción, aplicación y tratamiento de la información")

Otra nota a destacar es que el desarrollo y evolución de la rejilla en los últimos años ha llevado a que, siendo esta técnica tributaria de la formulación de la TPC original, en la actualidad se puede decir que como metodología y técnica de evaluación psicológica ha logrado su independencia y ampliado sus posibilidades de utilización, tanto referido a los contextos de aplicación como aligerando su dependencia teórica inicial. Se cumple así la aspiración científica de Kelly (1955,). En concreto para utilizar adecuadamente la rejilla no hay que ser "kellyano", y suscribir todos los principios de la TPC, *salvo* que no es posible trabajar con esta tecnología si no se asume lo principal: *la construcción personal desde la experiencia individual* .

3. LA ESTRUCTURACIÓN DEL MUNDO PERSONAL DEL DROGODEPENDIENTE

El objetivo que guía nuestro estudio responde a la pregunta: *¿Como estructura el drogodependiente (D) su situación personal en el momento en que decide dejar la droga?*. Nos interesa pues conocer como "ha construido" su mundo, su situación-problema, y qué variables están entrando a formar parte de esa construcción y que hacen que se debilite y por tanto le orientan hacia una situación de cambio.

Evidentemente, el esquema de pensamiento del D que acude al servicio está ya empezando a cambiar cuando decide buscar tratamiento (o cualquier otro tipo de ayuda), y es precisamente ese hecho el que va a permitir al profesional introducirse en ese esquema (sistema de construcción del D) intentando debilitar aquellos constructos que mantienen al individuo en su situación de drogodependiente, fortaleciendo al mismo tiempo aquellos otros que "timidamente" apuntan hacia un deseo de cambio . Para que este trabajo sea posible, entendemos que la mejor aproximación es aquella que permite "descubrir" cuales son esos constructos, fuertes o débiles, que mantienen al individuo en su situación actual, y esta aproximación no es otra que la individual, la concreta, la personal; queremos conocer la forma en que construye cada una de las personas que acude al servicio, *su forma particular de estructurar su mundo*, desvelando las variables concretas que intervienen en su situación. De esta forma, ayudamos también al D a organizar su pensamiento, y por nuestra breve pero intensa experiencia, sabemos que este hecho les permite tomar conciencia de cual es realmente su situación, constituyendo un buen punto de partida para el resto del tratamiento. *En concreto la rejilla que elabora el D es ya parte del tratamiento.*

En definitiva, *la exploración cognitiva del problema la hace el propio sujeto*, ayudado por el terapeuta, pero de una forma más libre y espontánea que los procedimientos clásicos (percibidos por la mayoría de los D como " preguntas que pretenden fiscalizar mi vida ").

4. EXPLORACION COGNITIVA: LA REJILLA EN DROGADICCION

Como ya hemos mencionado anteriormente, la TCP de Kelly es una teoría capaz de generar una técnica cuyo mayor mérito lo constituye su flexibilidad y adaptabilidad a los más diversos campos y propósitos de investigación. *La Técnica de Rejilla* se deriva pues de esta teoría y pasa a ser una entidad independiente que, aunque parte fundamentalmente de los postulados básicos de la TCP de Kelly, es empleada en la actualidad como una técnica de exploración cognitiva libre de contenido y de cultura. Formalmente, la Rejilla es una plantilla de evaluación (tabla de doble entrada) que únicamente toma sentido a partir de la verbalización del sujeto en su interacción con el profesional que lo atiende, y que tiene como objetivo plasmar la realidad del sujeto tal y como él la percibe.

La técnica de Rejilla supone un adelanto metodológico respecto al REP TEST del cual surge, en la medida en que la nueva técnica permite someter sus resultados a análisis estadísticos complejos, desde el Análisis Factorial no paramétrico, ideado por Kelly, hasta los más recientes métodos multidimensionales. Según BANNISTER y MAIR, la Rejilla puede definirse como "cualquier tipo de tarea de clasificación que permita evaluar las relaciones entre constructos, y que arroja estos datos primarios en forma de matriz". Efectivamente, la rejilla adopta una estructura matricial que se compone de "C" constructos, "E" elementos y "C x E"

intersectos cada uno de los cuales representa la relación-adequación de un constructo con cada uno de los elementos de los que surge.

Pero analicemos los conceptos para poder comprender mejor su estructura. Hablamos de "elementos", "constructos" y "respuestas":

- *elementos* son aquellas variables verbalizadas por el sujeto y que pilotan su situación/problema
- *constructos* son las valoraciones personales que el sujeto hace de la relación entre los elementos que él mismo ha explicitado
- *respuestas* son las puntuaciones que da el sujeto y que expresan la adecuación del elemento en el constructo y viceversa

Esta potente técnica nos permite explorar, en interacción con el sujeto, la percepción que éste tiene de su propia situación y que va a definir el punto de partida para el posterior tratamiento. En el caso de los drogodependientes, a través de una primera Rejilla de Acogida, exploramos su situación de partida desde el análisis del problema que se formula como: "Porqué estás aquí ahora y como te sientes" y, siguiendo una pauta de entrevista semi-estructurada, ayudamos al paciente a definir su propio problema elicitando aquellos elementos que pilotan su situación (incluyendo siempre el elemento "*Yo mismo*" como punto de referencia final de toda elaboración), Estableciendo las relaciones internas entre elementos (relación entre cada uno de los elementos con el "*Yo mismo*") afloran los constructos, y por último, el propio D estima o puntúa las relaciones entre elementos y constructos. De esa manera la información primaria de la Rejilla de Acogida se concreta en una matriz numérica de E X C.

4.1. Rejilla experimental en drogadicción

4.1.1 Definición de la situación problema

Acorde con el objetivo fundamental de la investigación, se trata de definir de la manera más inequívoca posible el Problema/situación del Drogodependiente que acude al Servicio Municipal de Drogodependencia del Ayuntamiento de Valencia, siendo la situación objeto de estudio un hecho nuevo y prácticamente inexistente en la investigación sobre drogodependencia. Se trata de captar cómo estructura cognitivamente el sujeto su problema en ese preciso momento en que el sujeto, tras un proceso seguramente plagado de experiencias frustrantes, dudas, miedos y alguna esperanza de cambio, ha decidido dejar la droga, en definitiva, al menos intenta cambiar su vida. La fórmula que hemos optado como consigna de

trabajo para tratar de analizar la situación, no la historia ni el proceso de llegada a la misma, se concreta en el problema con el que sujeto se enfrenta en ese preciso momento :

*"Una vez que has pasado por esa puerta del Servicio vamos a analizar tu situación y tratar **PORQUÉ ESTÁS AHORA AQUÍ Y COMO TE SIENTES . COMO VES EL PROBLEMA DE DEJAR LA DROGA Y CAMBIAR DE VIDA.***

Se trata en definitiva de que analicemos lo que piensas sobre tu experiencia presente con la droga y tu decisión de cambiar de vida.

Con esa consigna, el Psicólogo matiza, y orienta el trabajo para el D:

4.1.1 ELEMENTOS.

Obtención

" *¿Que Personas o hechos son importantes para tí en este problema?*", o de otra manera y como indicador de elementos:

* *¿Que personas están aquí ahora contigo, están preocupados y pendientes de lo que tu haces ahora en este preciso momento que has decidido enfrentarte con el problema de dejar la droga y cambiar de vida.*

* *¿Que cosas, circunstancias te hacen estar aquí?*

Los matices se apuntan o salen espontáneamente en esta fase de la rejilla (Entrevista estructurada) y sirven para **DETERMINAR INEQUIVOCAMENTE LOS ELEMENTOS DE LA REJILLA**. El psicólogo con el D, debiera asegurar la inambigüedad o identificación de *personas, hechos o circunstancias* que aporta el sujeto. Esa información se anota cuidadosamente en tarjetas individuales como los **ELEMENTOS** de la Rejilla de Acogida.

El estudio de los casos individuales en situación experimental, nos ha permitido tener un listado de elementos posibles, *Conjunto E*. (Véase Anexo final documento V)

El Psicologo:

Anota cada **ELEMENTO QUE PRODUCE EL SUJETO**, en una ficha.

Se asegura de la inambigüedad del elemento (*Pepita: Novia; Padre;; Dinero : Luis: Colega consumidor; Dinero: Necesidad de tener dinero etc*). En cursiva aparece la etiqueta que el Psicólogo utilizara en la rejilla como entrevista con el sujeto, el personalizar el elemento es importante para la actividad afectiva del sujeto. En el dorso de la ficha debe figurar el aspecto genérico: *Novia; Colega consumidor; Necesidad de tener dinero etc*. que asegura la

correcta identificación y caracterización de las figuras personales y los hechos o circunstancias del problema objeto de estudio.

Y los numera : 1, 2, 3.. sucesivamente.

El número de elementos elaborados es variable, pero menos de cinco es muy pobre la información y más de quince redundante o incidentalmente repetitivas.

Una vez que el sujeto ha dejado de producir Elementos y antes de pasar a otra fase:

Antes de terminar:

"Bien y finalmente yo te propongo el elemento o persona más importante en este problema: YO MISMO , (que presenta en una ficha de color y lleva el número 0)

4.1.2 CONSTRUCTOS

"Esos elementos tienen mucho en común. Ahora vamos a analizar que cosas tienen en común los elementos que has dicho y que he ido anotado en estas tarjetas.

El Psicólogo:

(Se las presenta ordenadamente encima de la mesa : 0, 1, 2, .. E.)

Instrucciones:

"Como puedes suponer tenemos mucha experiencia, por aquí atendemos a muchas personas que tienen problemas con la droga y su mundo, y de sus respuestas hemos seleccionado este montón de fichas.

(Se le presenta el montón)

** Lee cada tarjeta con atención y selecciona aquellas que tienen algo que ver, dicen algo o se refieren a las tarjetas anteriores:*

**Separa aquella que dice algo muy importante por lo menos para tres de tus tarjetas que has dado antes, además de la que dice YO MISMO. Apartalas en un montón*

Para el Psicólogo:

Si selecciona demasiadas, por encima de veinticinco o más, se le insta a que vuelva a seleccionarlas de nuevo, sobre el mismo criterio y más exigente, que se aplique a los más posibles elementos.

Antes de terminar:

"Si hay alguna otra razon o motivo que no esta contemplado en el monton, que tanga que ver con tus tarjetas, dimela y la introducimos:"

* El psicologo se guarda ordenadamente las tarjetas de constructos seleccionados.y las numera en la Rejilla: C1, C2, ... y escribe el constructo o idea clave en la Rejilla de Acogida.. Escribe N1, N2 para los constructos nuevos (que no figuran en el monton del Universo de Constructos presentado)

(El listado de constructos, cuya seleccion (conociendo el, origen de partida: las relaciones explicitas de los elementos) dio lugar al *conjunto C*, (Vease Anexo V, 2)

4.1.3 RESPUESTAS.

Para el Psicologo:

Tras ensayar distintos procedimientos de **ESCALA DE RESPUESTA** (Bipolaridad, Grado, Orden etc) y analizando la que parece mas idónea para la comprensión inequivoca de la tarea por parte del sujeto, se opta por la de Orden.

Se trata de que teniendo delante el constructo, ordene las fichas de los elementos . Esa tarea es sucesiva , se empieza con el constructo primero: ordena los elementos. Se toma el segundo constructo: ordena las fichas de los elementos; .. asi hasta que todos los elementos han sido ordenados respecto a todos los constructos.

Vamos a continuar.

(Instrucciones)

"De las tarjetas que tua has selccionado te las ire presentando sucesivamente. Se trata de que ordenes los elementos respecto a lo que dice la tarjeta y me las vas diciendo:

Primera (la que mas tiene que ver o mejor cumple lo que dice la tarjeta); Segunda (la que le sigue); Tercera etc.

Puedes encontrar que varias tarjetas valen lo mismo respecto a lo que dice la tarjeta: me lo dices: Estas son iguales.

*Tambien puede ocurrir, que alguna de tus tarjetas, **NO TENGAN NADA QUE VER O NO LES ENCUENTRES RELACION**, con la tarjeta que estams analizando. Entonces dices: No tiene nada que ver."*

El Psicólogo va apuntando las respuestas en el protocolo de Rejilla de Acogida: **REJILLA**
Asignando valores de orden inverso:

EL MAYOR VALOR a la Primera, el siguiente a la segunda etc. Por ejemplo si hay doce elementos, la ordenada por el sujeto como primera se anota como 12: la ordenada como segunda, se anota como 11 y así sucesivamente.

Las que no proceden se anotan como cero (0).

Puede haber ligar, valores repetidos, que el Psicólogo les asigna el valor de orden correspondientes.

Finalizado el trabajo:

"Bien, ha sido como un juego, que ahora nosotros analizaremos y los trataremos y cuando nos veamos la proxima vez, te podré contar como ves tu las cosas, las discutiremos y continuaremos trabajando en tu problema".

5.- INDICADORES DE RESULTADOS PARA EL PROTOCOLO DE LA REJILLA DE ACOGIDA.

Los datos de la Rejilla de Acogida se tratan en el ordenador por el programa SIGRID.

Los datos que se registraran en el Protocolo, de entre las posibilidades que tiene la el tratamiento informatico (Vease RIVAS & ALCANTUD & GAYA 1993: LA TÉCNICA DE REJILLA: Manual de construccion, aplicacion y tratamiento de la informacion) de los resultados de la rejilla (matriz E x C), son los siguientes:

5.1 Datos de superficie

Número de Elementos elicitados por el Drogodependientes (Codificación)

Valores Promedio del Elemento a traves de los Constructos

Desviación estandard de los Elmentos a traves de los constructos.

Número de Constructos seleccionados (suplidos)

Valores Promedio de los Constructos

Desviación estandard de los constructos

5.2 Datos de estructura:

Numero de dimensiones o factores que explican como minimo el 90 % de la varianza tota(*Complejidad cognitiva*)

Porcentaje de varianza explicado por el 1º y 2º (factor)

Elemento dominante

Constructo dominante.

Representación gráfica o topologica de los E X C, dos primeras dimensiones.

MATRIZ DE REJILLA

ANEXO 1 UNIVERSO DE ELEMENTOS SUPLIDOS

- 0 YO MISMO
- 1 Pareja (No consumidora)
- 2 Pareja (consumidora)
- 3 Padre
- 4 Madre
- 5 Pareja de ...
- 6 Hijo
- 7 Hija
- 8 Hermana
- 9 Hermano
- 10 Abuela/o
- 11 Cuñado/a
- 12 Familia (parientes)
- 13 Colega (Consumidor)
- 14 Colega (Consumidora)
- 15 Amigo (No consumidor)
- 16 Amiga (No consumidora)
- 17 Compañero de clase
- 18 Compañero de trabajo
- 19 Socio de trabajo
- 20 Ambiente familiar
- 21 Formar mi propia familia
- 22 Malestar físico
- 23 Trabajo en perspectiva
- 24 La calle= La busca
- 25 Vivir en la calle
- 26 Estudiar, prepararse para..., tener planes
- 27 Dinero
- 28 Recaida en lo mismo
- 29 Fumar heroína
- 30 Pincharse "X"
- 31 Soledad=Estar solo
- 32 Aventura
- 33 Soy toxicomano, adicto, drogadicto
- 34 Síndrome de abstinencia
- 35 Mi barrio= Mi ambiente
- 36 SIDA
- 37 Lo he intentado otras veces
- 38 Suicidio
- 39 Prostitución
- 40 Problemas sexuales
- 41 La marcha = La juerga
- 42 El paro, estar en
- 43 .Estar en la cárcel

- 50.....OTROS .

ANEXO 2 : UNIVERSO DE CONSTRUCTOS SUPLIDOS

- 1 *Perjudicar*
- 2 *Volver a vivir*
- 3 *Sentirse culpable*
- 4 *Necesitar alguien*
- 5 *Tener bronca, peleas*
- 6 *Se alegran de que lo intente*
- 7 *Tener buena comunicación*
- 8 *Ser fuerte*
- 9 *Agresividad*
- 10 *Necesitar ayuda*
- 11 *Tapar= Justificar*
- 12 *Somos parecidos*
- 13 *Tener celos*
- 14 *Ayudan en cosas practicas (dinero, medicación...)*
- 15 *Estar preocupado*
- 16 *Sufrir*
- 17 *Hundirse*
- 18 *Estar orgulloso*
- 19 *Tener miedo*
- 20 *Se alegran de que este jodido*
- 21 *Ayudan, apoyan moralmente*
- 22 *Estar mosqueado=Mosquearse*
- 23 *Vivir con tranquilidad*
- 24 *Sentir admiración*
- 25 *Amor*
- 26 *Ser realista*
- 27 *Oponerse= Oposición*
- 28 *Darse importancia*
- 29 *Amistad*
- 30 *Tensión= Estar tenso*
- 31 *Comprensión*
- 32 *Correr riesgos*
- 33 *Aburrise*
- 34 *Relación de conveniencia= Por interés*
- 35 *Motivar*
- 36 *Dar seguridad*
- 37 *Pasión*
- 38 *Decepcionar*
- 39 *Presionar=Sentir presión*
- 40 *"Me ven desde el cielo"*
- 41 *Morir*
- 42 *Desconfiar= No tener confianza*
- 43 *Estar muy triste*
- 44 *Ser independiente*
- 46 *Robar*
- 47 *Volver a hacer lo de antes*

- 48 *Responsabilidad*
- 49 *Viajar por el mundo*
- 50 *Dejar esta mierda de buscar como sea*
- 51 *Cambiar*
- 52 *Impotencia= No poder cambiar,*
- 53 *Estar satisfecho*
- 55 *Estar acostumbrado= No importar*
- 56 *Ternura, sensibilidad*
- 57 *Superación= Superarse*
- 58 *"Llevar de cabeza"*
- 59 *Llevarse mal con alguien*
- 60 *Dominar = Poder controlar el vicio, la droga*
- 61 *Dar pena*
- 62 *Tener problemas con la Justicia*
- 63 *Odiar*
- 64 *Dar asco*
- 65 *No poder aguantar*
- 66 *Engañar*
- 67 *Agoviar*
- 68 *Estar muy confundido*
- 69 *Llorar*
- 70 *Ser indiferente*

80.... OTROS: NUEVOS : N-1, N-2.....

Anexo III.- Elaboración de la lista de constructos suplidos en función de los elementos sugeridos por los pacientes atendidos durante el mes de Mayo-Junio de 1994.

<u>ELEMENTOS.</u>	<u>CONSTRUCTOS</u>
0 YO MISMO	
Pareja (No consumidora)	Se parece a mí Redescubrirse=Volver a vivir Volver a hacer lo de antes Amor, Ternura, Comprensión Me ayuda, me apoya Tener buena comunicación Estar en la cárcel
Pareja (consumidora)	
Pareja (No consumidor)	Pasion amorosa Agresividad
Padre (Muy mayor)	Necesitan mi ayuda
Madre (Muy mayor)	Me tapan= Me justifican Me perjudica, es muy conflictiva conmigo
Padre	Me comprenden
Madre	Me ayuda en casa practicas (dinero, medicación...) Estar preocupado Sufrir Sensibilidad
Mi hijo mayor	Estar satisfecho Estar orgulloso
Mi hijo deficiente	
Mi hija mayor	
Mi hijo menor	
Mi hijo menor	
Hijo de mi pareja	Estar preocupado por el futuro
Pareja de mi padre/ madre	Se alegran de que este jodido
Hermano mayor	Estar mosqueado, Mosquearse
Hermana mayor	Desconfiar Sentir admiración Estar realizado=Realizarse
Hermana pequeña	Sentirse culpable Ser realista Oponerse= Oposición Llevarse mal
Hermano pequeño	Amistad
Cuñado	Tensión= Estar tenso Tener bronca
Colega (Consume)	Aventura = Correr riesgos

	Aburrise Relación de convivencia.
Compañero de clase Compañero de trabajo Amigo (No consumidor)	Me motivan Dar seguridad Ser fuerte No decepcionar
Tia Familia (parientes)	Me presionan, Sufren, Me ven desde el cielo
Ambiente sencillo, "normal"	Aburrirse Vivir con tranquilidad Estar muy triste
Formar mi propia familia Malestar físico	Independencia Morir= Morirse Se pasa mal, vómitos, calambres etc.. Flojedad, mareos
X fallecido (amigo, familiar etc) Trabajo en perspectiva	Llorar Independencia, Hacer cosas= Vivir Responsabilidad Dar la cara Viajar por el mundo, Estimulante
La calle= La busca	Dejar esta mierda de <i>buscar</i> como sea Cambiar
Miedo	Impotencia= No poder cambiar, Hundirse Suicidarse
Vivo en la calle	Tener problemas con la Justicia Estoy acostumbrado=No me importa Echar de casa Necesitar mucho dinero
Estudiar, prepararme para.. Tener planes Dinero Recaída en lo mismo Fumar heroína Pincharse "X" Soledad	Superación= Superarse Me lleva de cabeza Falta de confianza= Desconfiar Odiar, Dominar = Tener controlado Necesidad de relación Dar pena Superarse
Jugar= Probar Socio de trabajo	Relaciones sexuales aceptadas Relaciones homosexuales aceptadas Intenciones sexuales encubiertas
Soy toxicomano	Me frena Darse importancia
Soy adicto	No tener control=Descontrolarse

Miedo al síndrome

Tener libertad=Hacer lo que quiera
 No poder aguantar
 Engañar

Anexo IV: Resumen de los resultados de los casos (N=10) tratados por el procedimiento de análisis de rejilla programado en el sistema SIGRID (número de Elementos, de Constructos, Dimensiones o factores que explican por encima del noventa por cien de la varianza, porcentaje de varianza explicada por dimensiones y total en el análisis, y elemento y constructo dominante para cada sujeto en su rejilla individual de acogida)

CODIGO	Nº E	Nº C	Nº D	% V: I	% V: II	% V:T	Observaciones
Dario	11	7	3	52,47	28,51	94,81	Cristina/Ternura/
Emilio	13	11	3	45,97	36,21	90,38	Gemma/Desconfianza
Rebeca	11	10	4	46,62	22,10	95,88	Formar una familia/Aclararse
Jose Manuel	10	8	4	58,22	17,14	95,18	Madre/ Morir
Enrique	10	10	4	45,87	26,72	93,28	Silvia/Estar ocupado
Monica	11	11	4	48,22	27,99	95,05	Raquel/ Conflictivo
Jesus	11	10	4	64,50	14,00	91,41	Madre/ Aburrimiento
Jose Antonio	8	9	3	66,77	15,29	90,40	Begoña/Cariño
Marina	13	10	3	63,49	21,45	90,78	Formar familia/Comprension
Manuel	11	9	4	48,22	23,64	94,96	Fatima/Actitud negativa