# PROYECTO HOMBRE

## Programas para el tratamiento en cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

FINANCIADO POR:

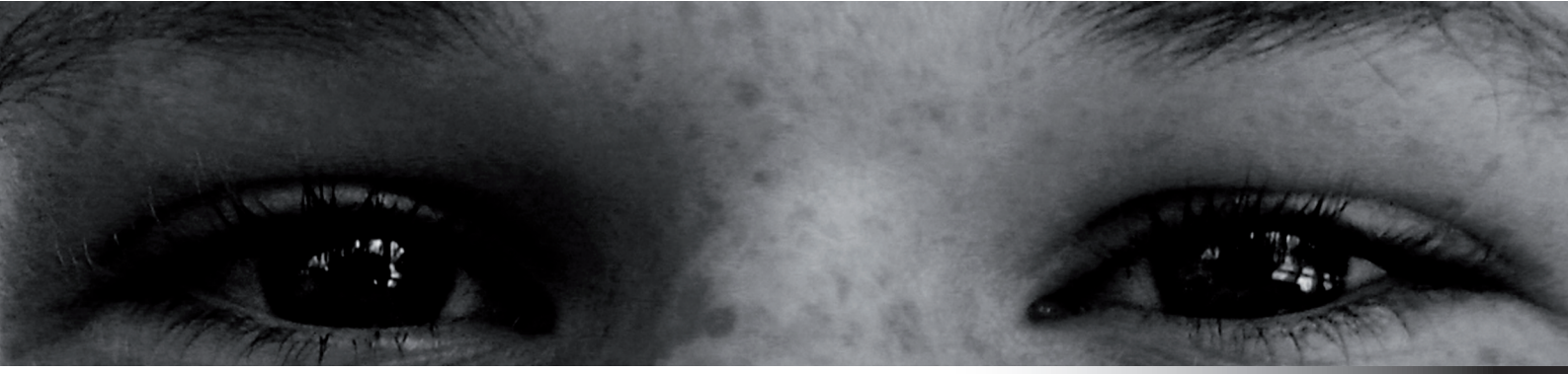
GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

ASOCIACION PROYECTO HOMBRE





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## INTRODUCCIÓN

*Nuestra intención:*

El presente material pretende, más allá de ser una mera herramienta práctica, contribuir en la mejora de los recursos existentes de atención a personas con problemas de adicción a la cocaína.

Nuestra intención es ofrecer a los profesionales del ámbito acciones que hayan sido evaluadas y validadas, así como criterios de posible valoración para aquellas personas interesadas en el contexto al que hace referencia el documento, evaluadores de programas, investigadores, gerentes de recursos de drogodependencias, diseñadores de políticas y otros.

La presente Guía de Buenas Prácticas ha sido elaborada en colaboración para la Comisión Nacional de Expertos en Evaluación de Proyecto Hombre y la Comisión Nacional de Programas de Cocaína de Proyecto Hombre.

Además el grupo de funcionamiento ha incluido representantes de la Universidad de las Illes Balears y de la Universidad de Sevilla, grupos de expertos que han realizado el documento en un ejemplo de intervención multidisciplinar y con el objetivo manifiesto de proporcionar un instrumento útil, práctico, aplicable a los programas existentes

y que ofrezca posibilidades y abra líneas de actuación, abordaje e intervención a profesionales interesados en el tratamiento del perfil al que nos referimos y el apoyo terapéutico a sus familias.

Los miembros del grupo también han estado implicados en el desarrollo de instrumentos y Foros de discusión y la gestión estratégica de la disposición del servicio a nivel nacional y regional. La experiencia de campo de la Comisión de Cocaína y la consulta sobre el funcionamiento de los programas con otros colegas han sido fundamentales para el desarrollo de esta guía.

Del análisis de la situación actual de consumo de cocaína en nuestro país se desprenden conclusiones que nos abocan a la optimización de los recursos de tratamiento para personas con problemas de adicción a dicha sustancia.

Si tenemos en cuenta las encuestas y evaluaciones realizadas por los diferentes organismos oficiales (PNSD, UNODC y OEDT) España es el 2º país con mayor prevalencia de consumidores de cocaína del mundo, sólo por detrás de los Estados Unidos de América.

En concreto los resultados corresponden a: Encuesta domiciliaria "EDADES" del Ministerio de Sanidad 2008, donde se indica una prevalencia de consumo de cocaína: "al menos un 3% de los españoles ha consumido la sustancia o la toma de forma habitual".

Informe "UNOCD" de 2007, realizado por la Oficina de Droga y Crimen de Naciones Unidas en Viena donde se menciona que:

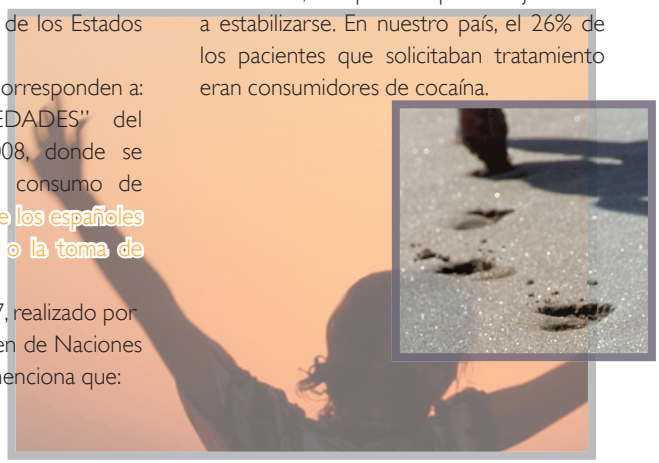
"España está en el 2º puesto de consumo de cocaína, por detrás de los EEUU."

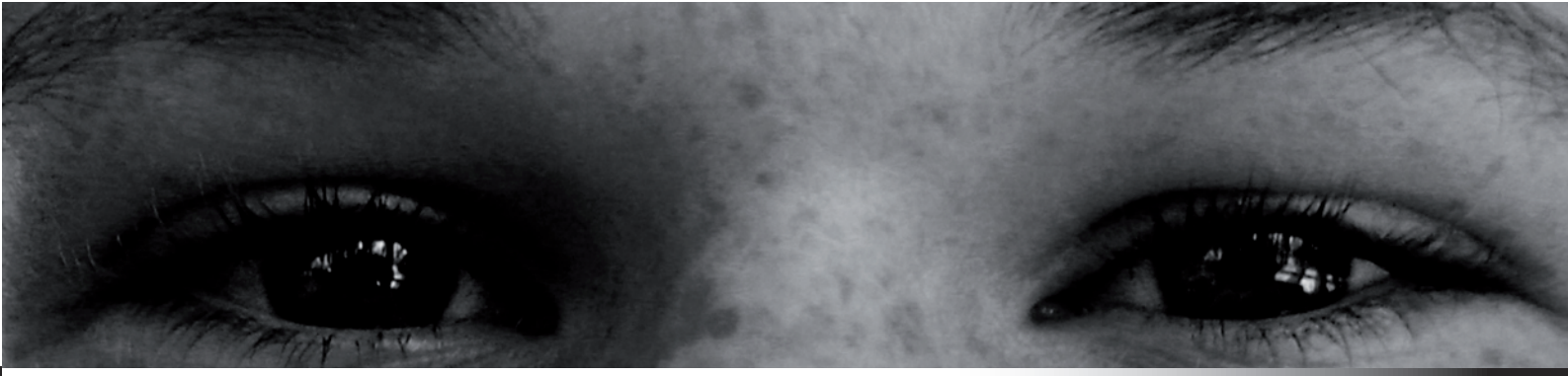
Ya en el primer informe referente al Plan de Acción 2005-2008, el Observatorio Europeo de las Drogas situaba a España en el grupo de países de alta prevalencia.

En concreto afirmaba que:

- El cannabis y la cocaína eran las sustancias de mayor consumo en la Unión Europea, donde se registraba una tendencia a los policonsumos.

- Se calculaba que 9 millones de europeos (3% de la población adulta) había hecho uso cocaína alguna vez en su vida. España y Reino Unido eran los países de la UE con mayor prevalencia del fenómeno, con un 4% de los adultos jóvenes que aseguraban haber consumido cocaína en el último año, aunque este porcentaje tendía a estabilizarse. En nuestro país, el 26% de los pacientes que solicitaban tratamiento eran consumidores de cocaína.







PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Gradualmente estas cifras han ido *in crescendo.*

Estos datos han obligado a plantear unas intervenciones especiales como respuesta al consumo de la sustancia problema. Aunque quizás sería mucho más adecuado referirnos a una serie de programas, estrategias, políticas y planes relacionados con el abordaje de los motivos, causas y consecuencias que el consumo de la cocaína presenta en la población española, así como del modelo terapéutico específico que supone la intervención sobre la adicción a cocaína, ya se a en programas de farmacoterapia, en programas de psicoterapia o en estrategias combinadas de atención.

De hecho, las administraciones públicas son conscientes de la relevancia de la problemática descrita (López Carmona, 2006). Ya en el año 2000, la Comunidad de Madrid diseñó un centro específico de atención a cocainómanos basado en experiencias previas de la ciudad de Los Ángeles (EE.UU.).

Existen además grandes problemas asociados con el consumo de cocaína y que en condiciones normales no han sido tratados directamente dentro de los dispositivos.

Nos referimos por ejemplo a la relación entre el consumo de cocaína y conductas violentas como la violencia de género, los accidentes de tráfico, la violencia entre bandas y agresiones adolescentes (como el fenómeno del "happy slapping" y las grabaciones de agresiones en Youtube y LiveLeak), la fama efervescente de los vídeos hechos con teléfono móvil, agresiones sexuales, el tráfico de armas, el narcotráfico internacional, la esclavitud sexual, etcétera.

Diversas investigaciones al respecto (Haro, 2008; Blanco y Sirvent, 2006; Dubrosvsky et als., 1998), establecen vínculos bastante cercanos entre el consumo de cocaína y determinados trastornos psiquiátricos en consumidores de drogas, especialmente los relacionados con los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y de control de estímulos, TDAH, trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos. Así mismo como consecuencia del consumo de cocaína se presentan las psicosis tóxicas y las ideas obsesivas y paranoides en pacientes con doble diagnóstico.

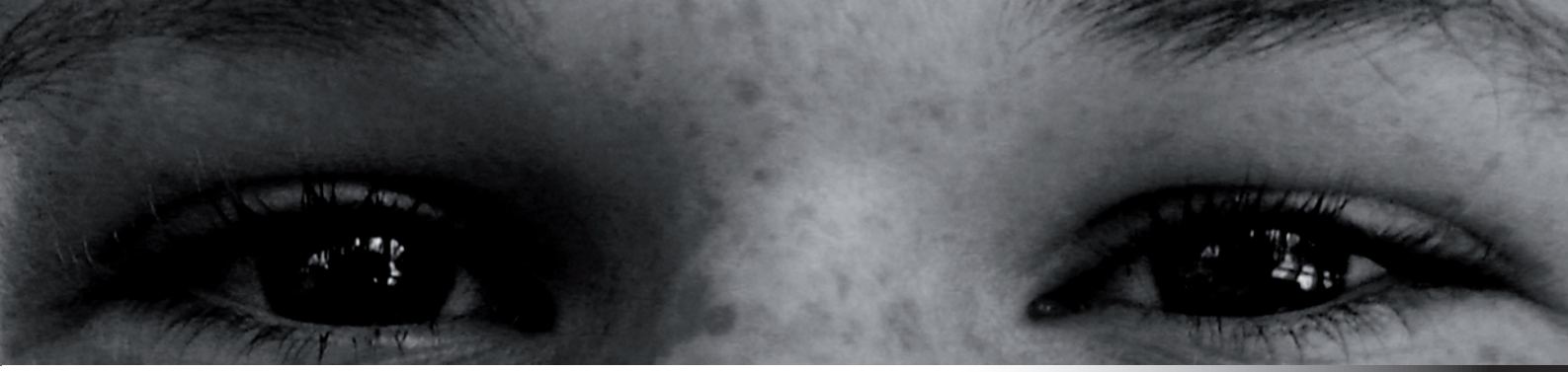
## *Nuestra metodología:*

Tras la publicación del Informe de "elaboración y ejecución de un sistema de evaluación participativa de los programas de tratamiento para cocaínomanos de Proyecto Hombre. Informe de Evaluación" se planteó, con el objetivo de complementar dicho trabajo y establecer las bases para el desarrollo de futuros programas de tratamiento, la posibilidad de elaborar una Guía de Buenas Prácticas para programas de atención a cocainómanos, basándonos en el bagaje adquirido a lo largo de los últimos 11 años de experiencias de campo en dichos programas puestos en marcha por Proyecto Hombre.

Además, nuestra hipótesis de trabajo haciendo un breve descripción y resumen de la gama de modelos de tratamiento, intervención y método de trabajo de Proyecto Hombre en formato de "Guía de Buenas Prácticas", se encuadra dentro de las actuales políticas de trabajo nacional (Plan Actuación frente a la Cocaína/PNSD) e internacional (NIDA, UNODC y OEDT) sobre investigación, innovación, difusión y optimización de los modelos de intervención y tratamiento.

En un principio se diseñó un guión de informe que tras varias reuniones para su discusión, consultas con expertos y revisiones documentales, ha abocado en un proceso de selección de "Buenas Prácticas" identificadas en cada zona de influencia, recogiendo la variabilidad e idiosincrasia de la población española (ya que los diferentes centros y equipos de trabajo se encuentran distribuidos por el territorio nacional).

El proceso descrito concluye en la elaboración del documento definitivo en el que se recogen las 15 las Buenas Prácticas seleccionadas de entre todas las recibidas.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

*Nuestros conceptos:*

Adicción (NIDA, 1998): Una enfermedad crónica, con recaídas, caracterizadas por la búsqueda y el uso compulsivo de la droga, y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. El concepto "adicción" se caracteriza por un desequilibrio biopsicosocial en el sujeto que lo presenta como consecuencia de la sustancia o conducta problema.
Alexitimia (Verdejo, 2007): insensibilización emocional que se presenta en personas con problemas de adicción.
Anhedonia (Verdejo, 2007): incapacidad para sentir placer que se presenta en personas con problemas de adicción (especialmente en consumidores de cocaína).
Anestésico (NIDA, 1998):Un agente que causa insensibilidad al dolor. Los fármacos usadas con este fin suelen plantear problemas de adicción fuera del contexto analgésico.
Antidepresivos (NIDA, 2007):: Un grupo de drogas que se usa para el tratamiento de trastornos depresivos.
Benchmarking (camp, 1998; Bengt and Svant, 1993): comparativa efectuada sobre la propia organización respecto de otras del sector, de forma que se establezcan puntos de corte en los que basar el desarrollo propio de actividad, así como el desarrollo de mejoras en el entorno de la propia organización aplicando el conocimiento adquirido a la propia organización de forma práctica.
En nuestro caso asociaremos el concepto de "Benchmarking" al de "Buenas Prácticas".

Best developing: acuñamos este término (ya que hemos detectado su inexistencia) entendiendo el concepto desde su traducción literal de "mejor desarrollo posible".
Coca (NIDA, 1998) La planta "Erythroxylum coca", de la cual se obtiene la cocaína. También se refiere a las hojas de esta planta.
Comorbilidad (OMS, 1995): coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995).

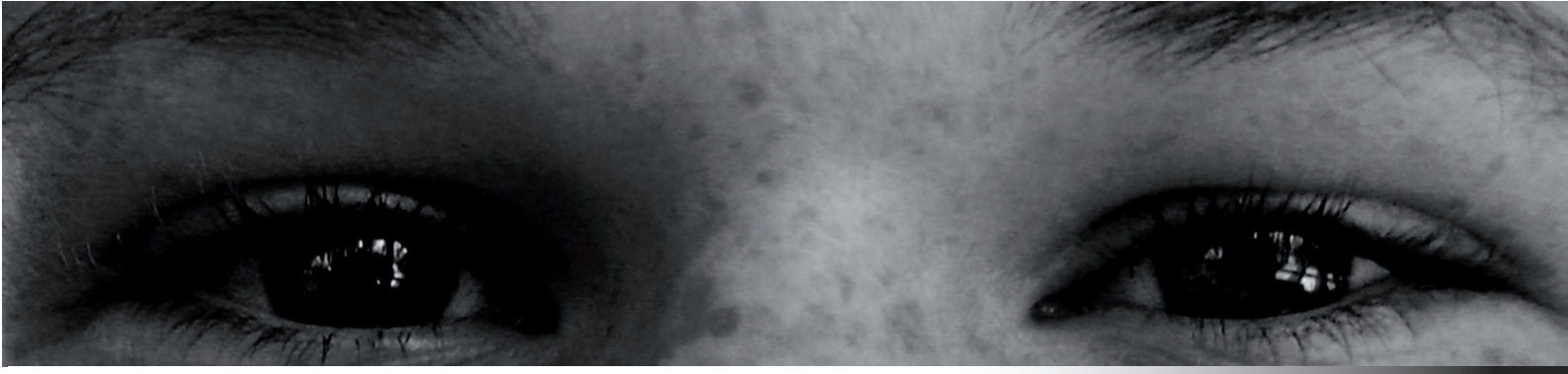
Control ejecutivo: planificación de actividades que realiza una persona antes de ejecutar una tarea. En el caso de los consumidores de cocaína se manifiesta por un bajo control de impulsos y una búsqueda de recompensas inmediatas.
"Crack" o "base" (NIDA, 1998): El nombre abreviado que se le da a la forma de cocaína que se fuma.
"Craving" (NIDA, 1998): Un deseo vehemente y a menudo incontrolable por las drogas.
Dependencia física (NIDA, 1998): Un estado fisiológico adaptativo que ocurre con el uso continuo de la droga y que produce el síndrome de abstinencia cuando interrrumpe el uso de la droga; usualmente ocurre cuando existe la tolerancia.
Dopamina (NIDA, 1998): Un neurotransmisor presente en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y las sensaciones de placer.
Etileno de cocaína (NIDA, 1998): Un estimulante potente que se crea cuando el alcohol y la cocaína se usan conjuntamente.
Habituación (OMS, 1995): Administración repetida de un tóxico que contempla:

-Dependencia psíquica.

-Deseo de continuar consumiendo la droga por el sentimiento de mayor bienestar que produce.

-Escasa tendencia a aumentar la dosis.

-La ausencia de dependencia física.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Neurona (RAE, 2001): Célula nerviosa, que generalmente consta de un cuerpo de forma variable y provisto de diversas prolongaciones, una de las cuales de aspecto filiforme y más larga que las demás, es el axón o neurita.

"Rush" (NIDA, 1998): La oleada inmediata de placer después de administrarse ciertas drogas. Su traducción al castellano sería "torrente" o "caudal".

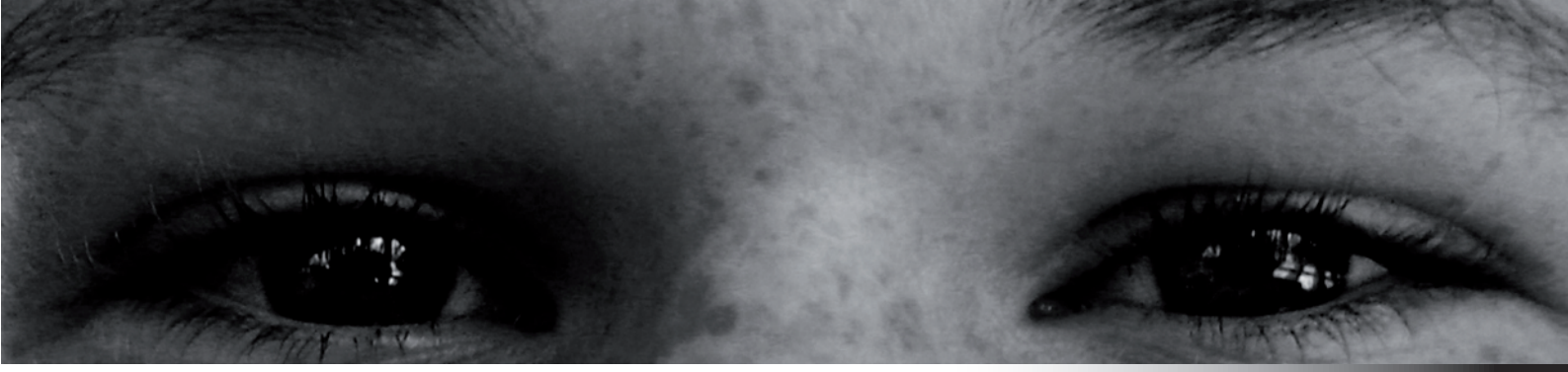
Síndrome de abstinencia ("withdrawal") (NIDA, 1998): La variedad de síntomas que se producen cuando se suspende o se reduce el uso de una sustancia adictiva.

Teoría del Marcador Somático (Damasio, 1994): Las últimas investigaciones en neuroimagen prueban la validez para drogodependientes de la teoría que indica la importancia de los condicionantes emocionales en la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Tolerancia (NIDA, 1998): La condición que requiere que se administren dosis cada vez mayores de una droga para poder obtener el mismo efecto que cuando se la usó por primera vez. Usualmente está asociada con la dependencia física.

Usuario de múltiples drogas ("politoxicómano"): Una persona que consume más de una sustancia.

Vértigo (NIDA, 1998): Sensación de mareo.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## CUESTIONES CLAVE

*Agentes implicados:*

Desde mediados de los años 90 se viene observando un cambio en el perfil del drogodependiente atendido en los dispositivos que Proyecto Hombre tiene distribuidos por toda España: del perfil del consumidor de heroína y opiáceos en general, al principio por vía parenteral y posteriormente por vía fumada con una falta de estructura social y personal, casi sin estudios ni experiencia profesional que requería un tratamiento específico basado en el método tradicional de atención de las comunidades Terapéuticas se estaba pasando a un perfil de consumidor de sustancias psicoactivas, sobre todo de cocaína, con un nivel de estudios y social diferente, con trabajo estable y una estructura familiar de soporte que no podía abandonar por circunstancias personales.

Este perfil posterior ha desembocado, debido a la generalización del consumo de la cocaína y la escasa percepción del riesgo en el consumo de drogas (situada en el 13º lugar según la encuesta del CIS de Julio de 2008), en una popularización de dicho consumo, en casi todas las escalas sociales, niveles educativos y estructuras familiares. Este es un fenómeno mundial que en nuestro país tiene el reflejo más evidente.

Independientemente de quién desarrolle el programa de intervención se plantean como cuestiones claves las siguientes:

Identificación de las personas implicadas en el tratamiento: usuarios, familias/parejas/acompañantes, terapeutas, directores, presidentes, personal médico, personal jurídico, voluntarios.

La realización del tratamiento: la abstinencia de sustancias, el cambio en el estilo de vida, la mejora de la convivencia familiar/social, las posibles dependencias asociadas (especialmente co-dependencias afectivas y/o comportamentales como: juego patológico, adicción a sexo, adicciones cibernéticas, vigorexia…).

Como hemos referido anteriormente, la Comisión Nacional de Evaluación de Programas de Tratamiento de Adicciones de Proyecto Hombre identificó tras realizar el Informe de evaluación: "Elaboración y ejecución de un sistema de evaluación participativa de los programas de tratamiento para cocainómanos de Proyecto Hombre" (Com. Ev. APH, 2007) la necesidad de un documento que tradujera estrategias de abordaje existentes en una herramienta práctica para apoyar el desarrollo de las intervenciones para los usuarios de dichos programas de atención.

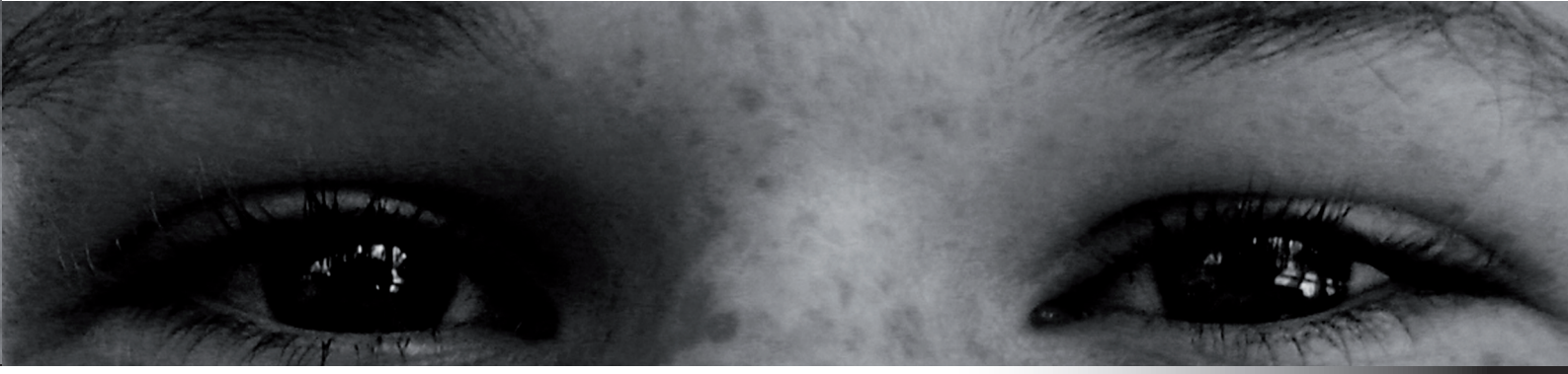
*Cuestiones Clave, Preocupaciones y Abordaje:*

Ante todo queremos que esta Guía esté:

· Adaptada a las necesidades específicas de atención por parte de las personas con problemas de adicción a la cocaína para quienes actualmente los recursos de la red no han puesto en marcha una acción concreta y exclusiva, o se encuentran realizando dicha andadura.

· Interesada en desarrollar o realzar la capacidad y la calidad de servicios.

· Fomentando el aumento y mejora de la gama de opciones de tratamiento disponibles (es decir, que suponga un incremento directo en el catalogo de servicios y la calidad de los mismos).





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

La presente Guía propone ejemplos de buenas prácticas y proporciona un marco lo más amplio posible para planificar, poner en práctica, gestionar y evaluar un tratamiento de atención específico para cocainómanos y sus familias.

No pretende proporcionar un sistema de instrucciones paso a paso sobre cómo instalar estos servicios, ya que esto variaría en función de los recursos humanos y materiales, las necesidades de los dispositivos y los grupos receptores de servicio, la situación del problema en su entorno, particularidades de género, culturales, sociales, económicas, etc.

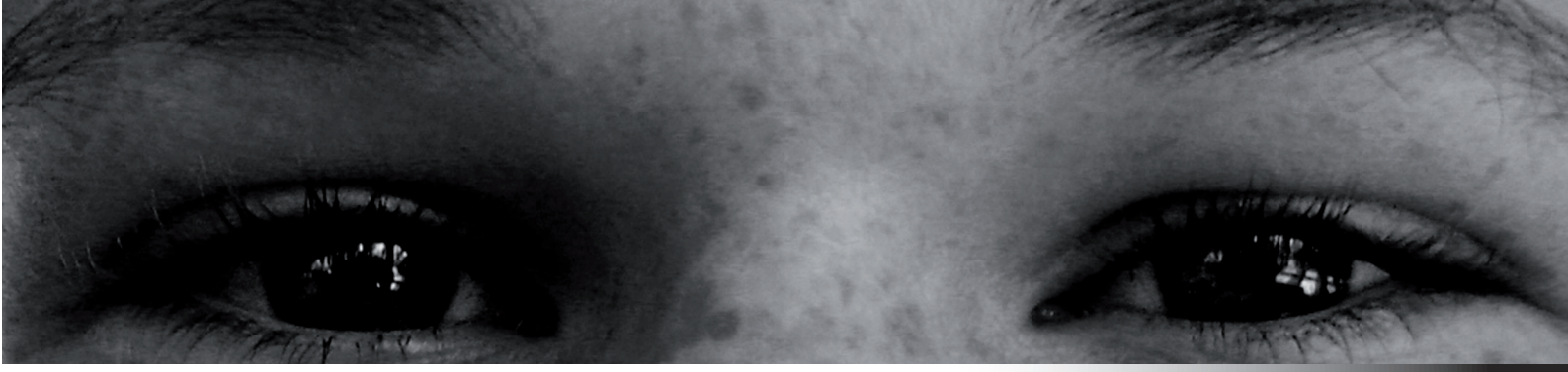
Las intervenciones y los servicios para los usuarios de programa de cocainómanos deben ser un componente esencial de los sistemas públicos de tratamiento de adicciones debido al aumento de consumo y problemas relacionados con el mismo en España y en toda Europa durante los últimos 5 años (EDADES, 2007; Informe anual OEDT, 2006).

Los propios profesionales que se encuentran insertos en los diferentes recursos y servicios de intervención y tratamiento de los problemas asociados al consumo de cocaína pueden sentirse motivados hacia la génesis de cambios y mejoras sobre las acciones terapéuticas, lo que supone un incremento del conocimiento por parte del personal sobre el impacto del consumo, y una mayor conceptualización de los modelos de implementación.

La disposición de tales servicios puede animar a personas que contactan con dichos programas a que examinen su propio uso de drogas, alcohol y tabaco así como a actuar de reflejo como educadores no formales dentro de otros grupos, sus familias y la comunidad.

Esta Guía no trata sobre tratamientos generales o comparativas entre los diferentes programas o de los programas específicos de atención a cocainómanos y otros dispositivos (como por ejemplo, Comunidades Terapéuticas). Internacionalmente se reconoce que los afectados por el consumo de cocaína deben recibir el mejor tratamiento posible, ya sea de psicoterapia o una combinación de farmacoterapia y psicoterapia (NIDA, 1998). Esto indica que el formato debe ser el más adecuado a las necesidades de cada grupo, no debiendo existir inconvenientes en la realización de un tratamiento u otro cuando sea aceptado por el usuario y convenientemente explicado por los dispensadores del servicio. No se trata por tanto de efectuar meramente una comparativa "benchmarking" de programas, sino aplicar los resultados de la misma en la aplicación de un sistema de "best developing" de los citados programas.

En base a lo anterior, esta guía se centra en los tratamientos que se deben proporcionar para esas personas con problemas con la cocaína, que se encuentran realizando un programa específico como los existentes en Proyecto Hombre.





PROYECTO HOMBRE

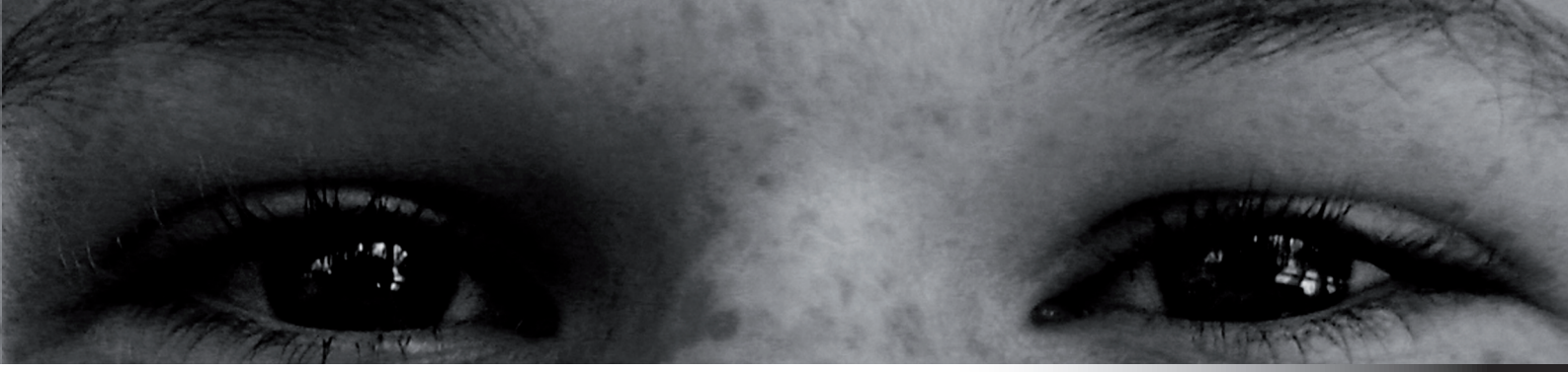
# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

La investigación y la práctica basada en evidencia deben informar y sostener al desarrollo de servicios de atención a drogodependientes. Sin embargo, es también importante reconocer que las prácticas que son acertadas en un contexto no se trasladan necesariamente "al por mayor" a otro diferente que el de procedencia. Por lo tanto es esencial que en las intervenciones basadas en evidencia ("evidence based treatments" en la definición de UNODC) la base de la evidencia "está interpretada" para reflejar el "nuevo" contexto y eso es traducir las prácticas tomando en consideración las posibles diferencias en factores sociales, culturales y económicos (desde la perspectiva del modelo Bio-Psico-Social de Juan Mayor).

Hay consideraciones adicionales para extrapolar las "mejores" prácticas en el tratamiento de las adicciones al contexto de cada región. Entre otras: la posición legal sobre las drogas y sobre el uso de las mismas, las políticas nacionales y regulaciones que controlan los tratamientos y sistemas sanitarios y de bienestar social, las respuestas destinadas a trabajar sobre todo el entorno y no solo la población consumidora (contexto familiar, educadores de barrio, planes municipales, programas de prevención destinada) y, por último, la actitud de las sociedades hacia las drogas, el uso de la droga y los delitos asociados al consumo de drogas.

Esperamos que la Guía también apoye la "traducción" de estándares internacionales existentes y de pautas de tratamiento (existen documentos al respecto publicados por el OMS, UNAIDS, UNODC) como ejemplos de las intervenciones realistas que se pueden adaptar para resolver necesidades locales. La Comisión Nacional de evaluación de programas de tratamiento de adicciones de Proyecto Hombre identificó esta traducción como una barrera potencial para mantener la independencia de los programas de cocainómanos.

Es una intención asimismo de este documento plantear la opción de los programas de atención teniendo en cuenta los criterios de Eficacia basada en la evidencia del tratamiento y Eficiencia en el aprovechamiento de los recursos del entorno y la Maximización de los recursos humanos, económicos y estructurales existentes. La Guía también incluye las intervenciones que no requieren recursos financieros significativos, ya que las presiones financieras han sido identificadas como una barrera potencial de accesibilidad a los tratamientos.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PARA COCAINÓMANOS

### *Tipología*

*CARACTERISTICAS DE LA DEPENDENCIA/ ABUSO DE COCAINA*

Los consumidores de cocaína suelen presentar una serie de características que no sólo vienen marcadas por el tipo de sustancia, sino por otro tipo de rasgos que conforman un perfil que en alguna medida, se podría determinar en función de las siguientes variables:

*PERFIL GENERAL DE LOS CONSUMIDORES*

-Inicio tardío en el consumo.

-Droga principal cocaína, aunque exista consumo de otras drogas fundamentalmente de alcohol. Aparecen casos de adicción al juego o al sexo.

-Adaptación social, es decir, a pesar del consumo mantiene las estructuras sociales básicas (situación laboral activa, pareja, amigos,...)

-Escasa conciencia del problema de adicción.

-Grado significativo de autonomía personal. Presentan una desestructuración menor de lo habitual en comparación con otro tipo de dependencias.

-Escaso manejo de habilidades sociales.

-La demanda de tratamiento aparece ante la necesidad de solucionar problemas colaterales al consumo (dificultades económicas, problemas con la familia y la pareja, absentismo laboral...).

*PATRONES BASICOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA*

La cocaína se puede usar de diferentes maneras para lograr distintos objetivos. Además de conocer las propiedades de la droga y sus efectos fisiológicos, es útil apreciar el problema particular del uso en cada individuo que consume cocaína. Se distinguen cinco patrones mayores de uso de cocaína (Resnick):

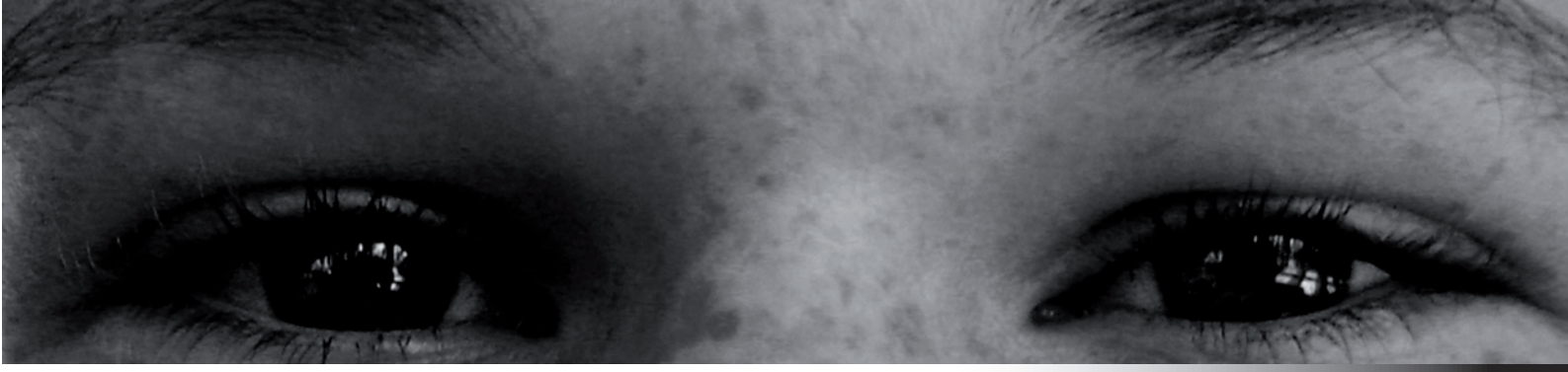
Experimental: El uso experimental de cocaína es, como indica su nombre, un patrón de consumo periódico no necesariamente limitado a la cocaína. Los adolescentes, por ejemplo, inclinados a la busca de drogas psicoactivas de todas clases, pueden usar la cocaína como una parte del proceso de politoxicomanía a lo largo del tiempo.

Recreativo: el consumo recreativo excluye el resto de tipos de consumo de la cocaína. Los individuos que siguen este patrón se asemejan a los bebedores sociales y presentan un consumo más controlado de cocaína. La conducta de uso de drogas es autolimitada y raramente deriva hacia un consumo más fuerte: las razones más importantes para el uso de cocaína en este grupo son el uso como facilitador de un cierto contacto social y por sí misma, como estimulante.

Circunstancial: este patrón de uso implica tomar cocaína únicamente en ciertas condiciones o en una situación particular, excluyéndose el uso en otras condiciones distintas.

Intensificado: tiene un patrón regular de uso intranasal de cadencia diaria, en cantidades que normalmente no producen alteración del nivel de conciencia o problemas en el trabajo o en las funciones sociales.

Impulsivo: la cocaína se convierte en el concepto organizador de la propia vida. La exteriorización de consecuencias negativas en la esfera social, vocacional, física y psicológica, es muy visible. La cantidad de cocaína usada, la frecuencia, la duración de su uso y el coste económico en los que se incurre, se incrementan hasta que la situación no puede ser controlada de forma efectiva por el propio individuo.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Estos cinco patrones suelen resumirse en dos básicos que de alguna manera engloban los que generan algún tipo de demanda en el momento actual:

- Consumidor intensivo, no regular, recreativo o social: se caracteriza por consumir en fiestas y fines de semana. Se utilizan dosis altas y concentradas en breve espacio de tiempo. Consumen de forma compulsiva durante unos días (de 3 a 5) para estar abstinente unas pocas semanas (2 ó 3 y en algunos casos más), luego repite sistemáticamente este ciclo de consumo-abstinencia
- Consumidor impulsivo: consume cinco o seis días, al menos, a la semana. La propia vida se organiza en torno al consumo.

## *El Contexto*

Existen diferentes alternativas de tratamiento para cocainómanos funcionando desde mediados de la década de los 80 en España.

Podríamos hablar dependiendo del tipo de atención:

-Tratamientos basados en farmacoterapia
-Tratamientos mixtos de farmacoterapia con apoyo psicoterapéutico
-Tratamiento socio-psicoterapéutico.

Dependiendo del carácter residencial o no del centro hablaríamos de:

-Tratamientos ambulatorios.
-Clínicas residenciales
-Comunidades terapéuticas (donde el porcentaje de cocainómanos ha crecido espectacularmente).

## *Opciones de tratamiento*

Durante las décadas de los 80 y 90 sobrevino un aumento progresivo en el número de personas que demandaban tratamiento para la adicción a la cocaína.

Actualmente, los diferentes recursos donde se ofrecen tratamientos para la drogadicción en España informan que la cocaína es la droga de abuso que sus clientes citan con más frecuencia.

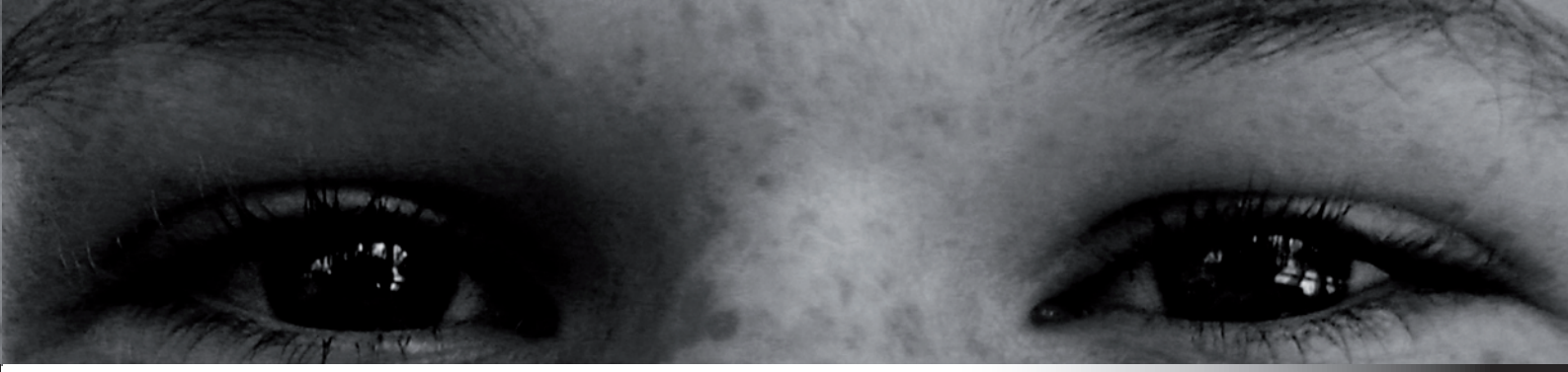
La mayoría de las personas que demandan tratamiento usan la vía esnifada y la combinan con alcohol, aunque ha aumentado el porcentaje que la consume inhalada o fumada ("crack", "base" o "basuco") y, que por lo general, usan más de una sustancia.

Debido al abuso tan prolífico y diseminado de la cocaína, se han destinado grandes esfuerzos al desarrollo de políticas y programas de tratamiento para los problemas derivados del fenómeno adictivo a esta sustancia.

La adicción y el abuso de la cocaína, es un problema muy complejo que involucra desde alteraciones neuropsicológicas hasta una amplia gama de posibles conflictos sociales, familiares, laborales y ambientales.

Por lo tanto una estrategia eficaz de tratamiento para cocainómanos y de apoyo para sus familias debe abarcar una amplia variedad de "áreas problema".

Como cualquier buen plan de tratamiento, las estrategias de intervención para la adicción a la cocaína deben analizar los aspectos psicológicos, familiares, laborales, ambientales, sociales y farmacológicos del abuso de la droga en el paciente.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## *Respecto al enfoque farmacológico*

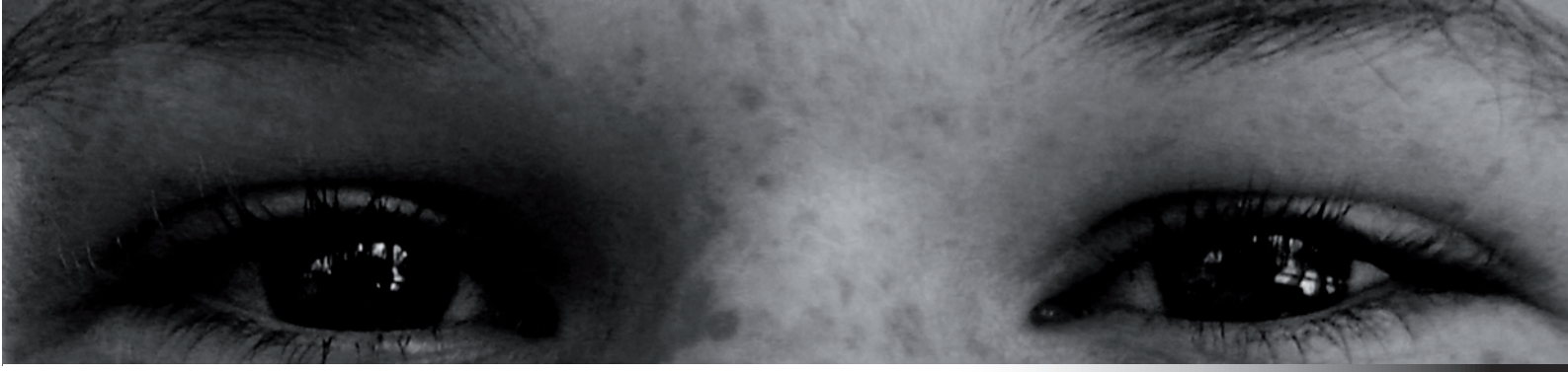
A pesar de las inversiones en estudios y ensayos clínicos(los populares "clinical trials" que realiza el Instituto de Salud Pública/NIH en los Estados Unidos) aún no se ha encontrado un fármaco que sirva como único tratamiento para los problemas derivados del uso de la cocaína.
A pesar de esto existen determinados estudios que actualmente prueban diferentes fármacos en lo que se denomina la búsqueda de la "vacuna de la cocaína" (Grupo de trabajo del doctor Pérez de los Cobos, Hospital Sant Pere y Sant Pau de Barcelona).
De hecho el Instituto Americano de Investigación sobre problemas de Drogas y Adicciones (el NIDA) está procediendo exhaustivamente en la identificación y ensayo de nuevos medicamentos para tratar este tipo de drogodependencia.
Se están investigando varios compuestos nuevos para determinar su seguridad y eficacia en el tratamiento de la adición a la cocaína. El Topiramato y el Modafenil son dos medicamentos en el mercado que han mostrado señales prometedoras como agentes viables para el tratamiento de los síntomas fisiológicos derivados de la adicción a la cocaína, sobre todo el control del "craving".
El Baclofén, un agonista GABA-B, también ha sido utilizado en varios de estos ensayos clínicos en un subgrupo de cocainómanos con patrones de abuso prolongado y consumo habitual de la sustancia. Los estudios
clínicos también han demostrado que el Disulfiram (un medicamento que se ha usado para tratar el alcoholismo), en combinación con el tratamiento conductual, es un método eficaz para reducir el abuso de la cocaína en las primeras etapas de tratamiento.
Debido a los cambios emocionales que acontecen en las primeras etapas del síndrome de abstinencia de la cocaína, las drogas antidepresivas han mostrado tener una cierta eficacia en el control de esos síntomas y altibajos emocionales. Eso sí, su eficacia a largo plazo en el tratamiento de los consumidores de cocaína está por demostrar todavía.
Además de los problemas que existen para tratar la adicción, la sobredosis de cocaína ocasiona muchas urgencias hospitalarias todos los años por problemas derivados del consumo como alteraciones cardíacas y cerebrovasculares, así como los daños derivados de los accidentes de tráfico y laborales que suceden como consecuencia directa del consumo (Fernández Mondéjar, 2005).
Actualmente se vienen desarrollando en algunos hospitales protocolos médicos para tratar las emergencias graves ocasionadas por el abuso de la cocaína atendiendo a las particularidades que presentan los pacientes que muestran dichos problemas.

## *El abordaje: conductual…cognitivo…existencial…*

Existen tratamientos de corte conductual y de terapia, modificación de conducta que se han manifestado como eficaces (sobre todo a corto plazo) a la hora de abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas y las conductas adictivas (incluyendo el consumo de cocaína).

Algunos de ellos, de hecho, han sido generalizados a otros tipos de trastornos como de conducta alimentaria o de control de impulsos. Además se ha encontrado que muchos tratamientos de modificación de conducta son eficaces para tratar la adicción a la cocaína tanto en ambientes residenciales como ambulatorios (NIDA, 1998).

Un componente de la terapia conductual que está demostrando resultados positivos en la población adicta a la cocaína es el manejo de contingencias, el manejo de contingencias puede ser especialmente útil para ayudar a que los pacientes logren una abstinencia inicial de la sustancia problema.
Algunos de estos programas utilizan un sistema basado en comprobantes o vales ("economía de fichas"), a través del cual se otorgan recompensas positivas al paciente por mantenerse en el tratamiento y continuar sin reincidir en el uso de la la sustancia problema.
Los pacientes pueden ganar puntos si prueban, por medio de análisis de orina, que no están usando drogas. Estos puntos se pueden cambiar por artículos que promueven un estilo de vida saludable, tales como admisión a un gimnasio, entradas para el cine y una cena en un restaurante.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

A este respecto también se han venido desarrollando programas para la implementación y el desarrollo de hábitos de vida saludable, que, basados en la consecución de objetivos conductuales, pretenden inculcar en las personas en tratamiento la capacidad de adquirir comportamientos incompatibles con la conducta que se pretende extinguir, en este caso el consumo de drogas en general y de cocaína en particular, así como motivar a corto plazo para el cambio conductual referido.

Determinados tipos de terapia suponen diferentes alternativas o complementos para los tratamientos farmacológicos.

Las terapias más habituales han sido de corte cognitivo-conductual. Las cuales han constituido un enfoque eficaz para realizar un tratamiento psicológico así como para intervenir en prevención de recaídas (Beck, 2006).

La premisa que sustenta el mismo es que el proceso de aprendizaje juega un papel altamente relevante en el desarrollo y el mantenimiento del abuso y la dependencia a la cocaína.

Estos mismos procesos de aprendizaje podrían utilizarse para ayudar a los pacientes a reducir su consumo de drogas y afrontar exitosamente el análisis y resolución de cualquier recaída.

Este planteamiento terapéutico trata de ayudar a los pacientes a identificar, evitar y afrontar, es decir, a reconocer las situaciones que invitan al consumo de cocaína, omitir estas situaciones cuando sea posible, y aprender a manejar más eficazmente una serie de problemas y conductas relacionadas con el abuso de la droga.

La terapia racional emotiva también ha demostrado ser útil en el abordaje, sobre todo en el análisis de ideas irracionales y por el énfasis en los factores emocionales, miedos, complejos e inseguridades de los pacientes (Ellis, 1998).

Sin embargo, los enfoques más adecuados parecen ser los modelos integrales que agrupan todo tipo de estrategias e intervenciones y que completan la atención de las diferentes áreas del usuario (según el indicado modelo bio-psico-social de Juan Mayor, 1989).

Es de extrema importancia integrar el mejor régimen de tratamiento posible haciéndolo en función de las necesidades del paciente, y consensuando objetivos terapéuticos del programa con objetivos personales del demandante.

Otros enfoques terapéuticos utilizados en el abordaje de los problemas derivados del consumo de cocaína han sido los programas de corte más psicodinámico, el Proceso de Nueva Identidad(NIP) la Terapia de Aceptación y Compromiso(ACT) y el Mindfullness (dentro de las denominadas terapias de Tercera Generación).

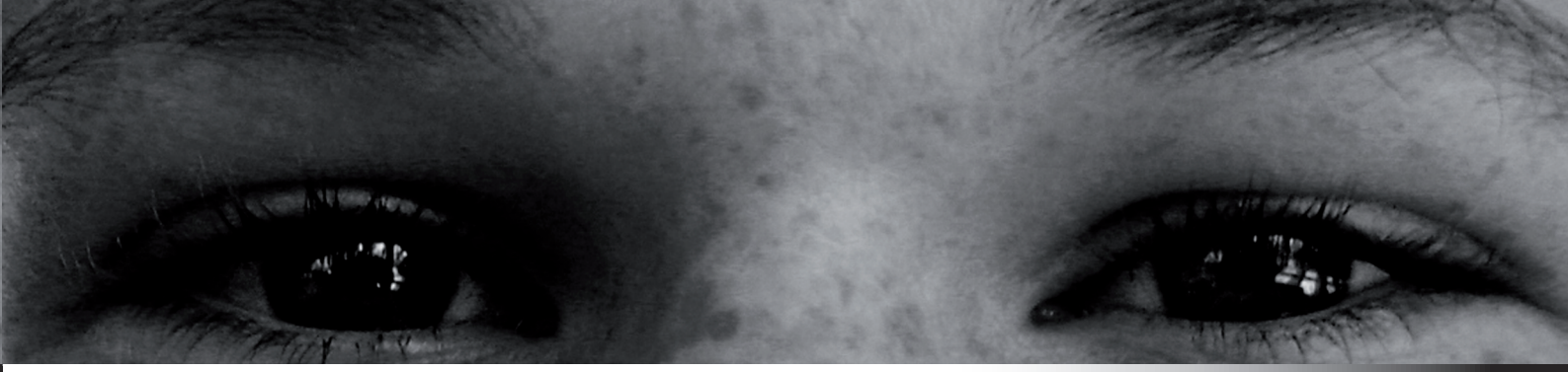
Las Comunidades Terapéuticas suponen una alternativa al tratamiento para cocainómanos a pesar de su habitual vinculación al perfil de consumidor de opiáceos y su vinculación a los modelos más tradicionales (De Leon, 2004).

Por definición son centros residenciales donde las personas en tratamiento realizan procesos de potenciación de recursos personales, basados en el concepto de microsociedad y de rehumanización que supone la convivencia y el respeto por una serie de normas y compromisos expresos con objetivos definidos y con ofrecimiento de posibilidades de formación y posterior reinserción social (Kooyman, 1998).

Algunas comunidades se basan más en un modelo de trabajo físico, otras actúan desde una perspectiva psicoterapéutica con grupos y/o entrevistas donde se trabajan aspectos referentes a las áreas afectiva, cognitiva, conductual y (en algunos casos) existencial/decisional/espiritual.

Otras comunidades se basan en modelos sociales estructurados y otras en modelos más formativos o educativos. Hay comunidades basadas en sistemas religiosos y ha habido experiencia de comunidades terapéuticas con base en modelos políticos (las casas Makarenko en la antigua URSS o las casas de reeducación de la República Popular China).

En la actualidad la alternativa para cocainómanos que ofrecen las comunidades se basa sobre todo en los componentes de trabajo emocional y cognitivo, así como en las estrategias de control de impulsos, de estrategias de afrontamiento y de inoculación de estrés/control de ansiedad que existen en los métodos de trabajo de las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre en España. Para más información, ver el Informe de Evaluación de las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre en España (Com. Ev. APH, 2006).





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

*Proyecto Hombre, un abordaje integral e integrador*

Proyecto Hombre es un programa educativo-terapéutico para el tratamiento y prevención de las drogodependencias que nace en España en 1984. Trabaja tres aspectos fundamentales: la Prevención del consumo de drogas, la Rehabilitación y la Reinserción del drogodependiente.

La Asociación Proyecto Hombre está integrada por 26 centros, en un total de 15 comunidades autónomas de toda España, que atienden cada año a más de 12.000 drogodependientes. Cada centro se gestiona de manera autónoma y comparte con los demás el método terapéutico y la misma filosofía, lo que quiere decir que los centros participan de su experiencia recíproca, trabajan desde el apoyo y la cooperación entre ellos y comparten formación e investigaciones.

El modelo de intervención terapéutica de Proyecto Hombre también involucra a la familia en el proceso de rehabilitación.

La variedad de programas que se han ido incorporando, en respuesta a las necesidades de cada centro, muestra el esfuerzo de la organización por adaptarse a las necesidades de las personas que demandan tratamiento y a los cambios en los hábitos de consumo.

Todos los programas son de cumplimiento voluntario y están abiertos a cualquier persona que desee iniciar un tratamiento, de forma que nadie quede excluido por razones económicas.

La Asociación Proyecto Hombre se declara aconfesional, apartidista y sin ánimo de lucro, es propietaria de la "Marca" Proyecto Hombre y está Declarada de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros (29/12/93). Es una ONG de carácter consultivo especial ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Asimismo, es miembro directivo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC, FLACT, EFCT) y pertenece a la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias (RIOD).

Los centros son un observatorio de la realidad, el lugar desde el que se realiza un tratamiento integral a las personas afectadas La Asociación Proyecto Hombre es un punto de encuentro, debate y reflexión a través de las Comisiones de expertos y la Asamblea de directores, que marcan las directrices a seguir. Al mismo tiempo, representa a los centros a nivel nacional e internacional, y ofrece un trabajo permanente desde sus Departamentos.

La Asociación persigue unos fines comunes, que son los siguientes:

Colaboración solidaria entre todos los centros que desarrollan el método terapéutico de Proyecto Hombre.

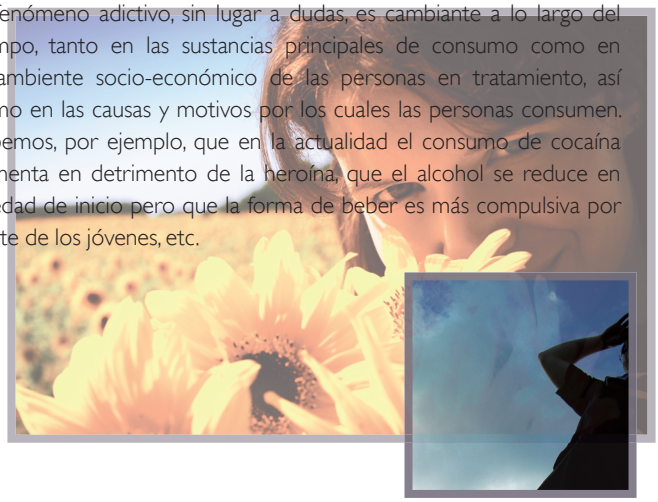
Desarrollo de una formación unificada, profesional y humana, de los equipos que trabajan en cada uno de los centros.

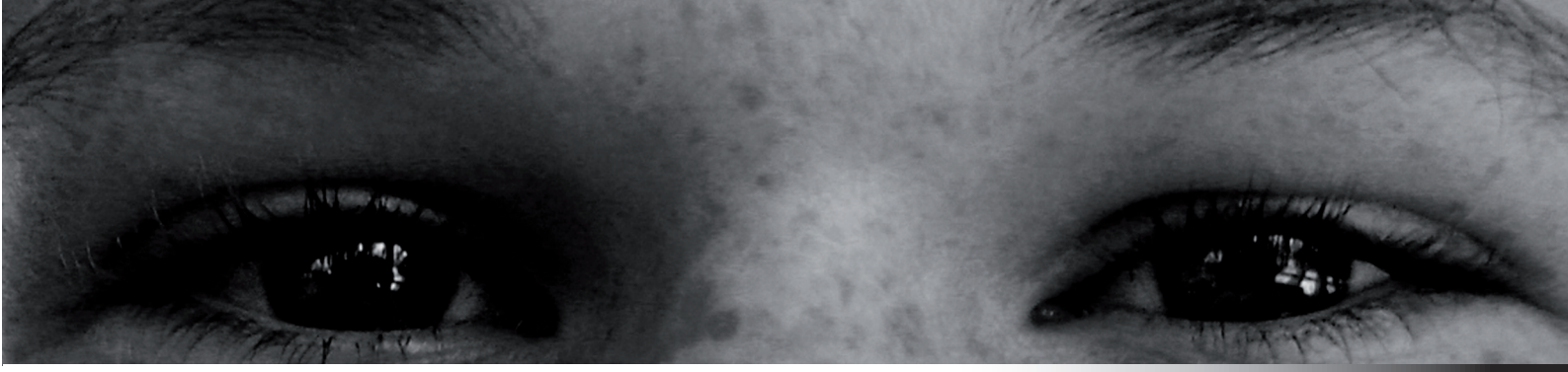
Apoyo, supervisión y tutoría de los centros de nueva creación.

Gestión de los aspectos que abarcan a la generalidad de los programas ante la administración del estado, otras organizaciones estatales y de representatividad general de Proyecto Hombre.

La Asociación estructura su labor a través de diferentes comisiones de expertos con el fin de coordinar y organizar las diferentes áreas de intervención y/o campos de acción en los que a nivel nacional se trabaja. Como hemos mencionado anteriormente, en la actualidad, hay 26 programas que se extienden por toda España pertenecientes a la Asociación, y por este motivo y dadas las dimensiones, los programas próximos geográficamente se reúnen por zonas para reflexionar, debatir, supervisar, orientar y formarse de forma permanente y continuada en adicciones, para así poder estar a la altura de una realidad cambiante y trabajar con experiencia avalada profesionalmente; todo ello encaminado a crear una línea de trabajo en red, que ayude a tener una mayor eficacia en el trabajo.

El fenómeno adictivo, sin lugar a dudas, es cambiante a lo largo del tiempo, tanto en las sustancias principales de consumo como en el ambiente socio-económico de las personas en tratamiento, así como en las causas y motivos por los cuales las personas consumen. Sabemos, por ejemplo, que en la actualidad el consumo de cocaína aumenta en detrimento de la heroína, que el alcohol se reduce en la edad de inicio pero que la forma de beber es más compulsiva por parte de los jóvenes, etc.







PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Es decir, los patrones de consumo de las personas que acceden a nuestros programas varían tanto en las sustancias como en la forma y el contexto de consumo. Por lo cual hablar de un perfil tipo de drogodependiente es bastante difícil, aunque sí hay unos rasgos comunes comportamentales, cognitivos y de valor que podemos destacar:

La drogodependencia se da en un contexto social donde el bienestar, el placer y el sentirse bien se convierte en el motivo vital del consumidor.

Las personas que demandan nuestros servicios tienen, en muchos casos, una capacidad de decisión y autonomía personal mermada para asumir las responsabilidades básicas del ser adulto.

A medida que la persona pasa progresivamente a desarrollar una adicción, la pérdida de interés por todo lo que le rodea, familia, amigos, trabajo, etc., se hace más evidente para él mismo y para su red social y familiar.

Sus capacidades comunicativas de pertenencia y de afecto se distorsionan y se reducen a niveles básicos para mantener el estilo de vida adictivo.

Proyecto Hombre propone un modelo de rehabilitación y Reinserción social donde la clave del proceso terapéutico está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco educativo-terapéutico. En este modelo prevalece la la óptica humanista como enfoque general y la dinámica de autoayuda como estilo terapéutico. Es una forma de trabajar el cambio en interacción con otros usuarios que realizan el proceso en el mismo momento, favoreciendo la identificación de problemas, la empatía, el apoyo mutuo y la capacidad de esperanza de que si otros pueden dejar el consumo y cambiar su estilo de vida, también lo puede hacer la persona que se incorpora al programa.

Aun cuando éste sea el encuadre de fondo, desde Proyecto Hombre, se está en la obligación de integrar todo método, técnica o avance en la investigación científica, que resulte útil a las personas que acuden a nuestros centros así como mantener el permanente esfuerzo por individualizar los procesos de las personas en tratamiento y adaptar las estructuras de nuestros programas a la realidad cambiante que ya hemos señalado.

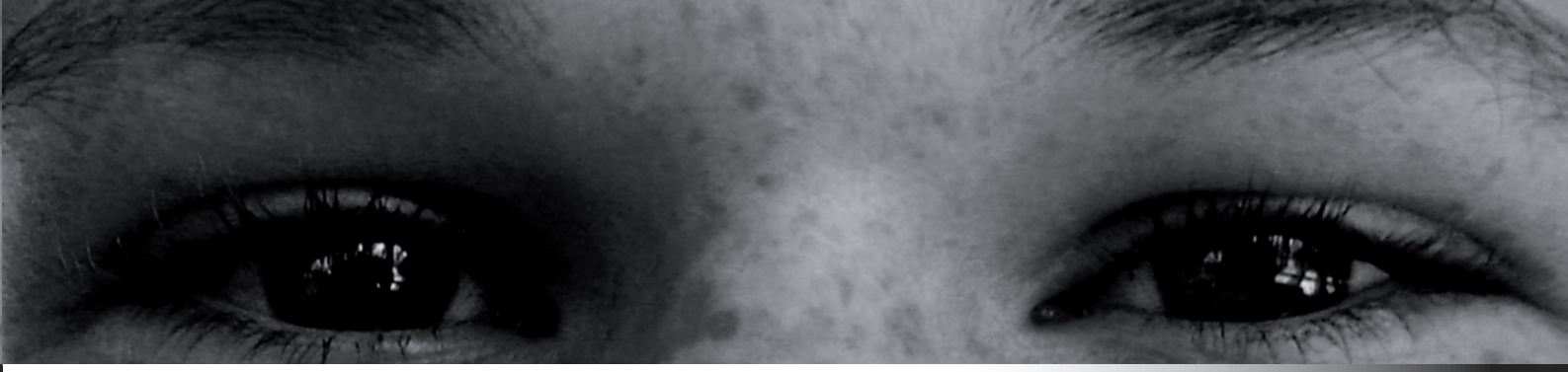
Una de estas adaptaciones consiste en los programas de tratamiento y atención para consumidores de cocaína y sus familias, que modifica el formato tradicional de Acogida-Comunidad Terapéutica-Reinserción para, utilizando esta filosofía de tratamiento, procurar el cumplimeinto de los objetivos de autonomía personal, conocimiento y crecimiento personal, así como la abstinencia de alcohol y drogas en un medio abierto con una mayor interacción social, estructura familiar participativa y una vida laboral y/o formativa activa en el caso del usuario del tratamiento.

## *Protocolos de acción*

La presente guía ha acentuado la importancia de presentar las intervenciones dentro de un marco multidisciplinario, y la necesidad de compartir información y aprovechar las sinergias son elementos esenciales para ello.

Los protocolos con objeto de apoyar el funcionamiento común entre los departamentos y las agencias del exterior necesitan ser establecidos desde el principio.

Deben indicar claramente las obligaciones y las responsabilidades de cada equipo/departamento/agencia. Éstos deben ser firmados, ser fechados y ser repasados regularmente. Las reuniones de los órganos gestores se asegurarán de que tales protocolos se estén siendo actualizados constantemente.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## TIPO DE INTERVENCIÓN

### *Objeto*

El Programa de atención para cocainómanos y sus familias de Proyecto Hombre es fundamentalmente un programa educativo-terapéutico de deshabituación.

### *Tiempo*

*ETAPAS EN EL PROCESO DE DESHABITUACIÓN DE LA COCAÍNA*

Hay diferentes fases o etapas por las que pasa un consumidor de cocaína desde el momento que deja de consumir hasta lograr la abstinencia, que nos van a ayudar a entender todo el proceso y a fijar los objetivos más adecuados a cada momento.

Se valoran las siguientes etapas:

- Etapa de Malestar general después del consumo masivo (crisis cardio-respiratoria, psicosis tóxica, alucinaciones, tendencia a la violencia, conducta estereotipada, perdida de orientación).

- Etapa del Síndrome de abstinencia: es importante saber que sí existe un síndrome de abstinencia. Existen síntomas tanto físicos como psicológicos que pueden llegar a ser bloqueantes para el sujeto.

El Síndrome de Abstinencia de la Cocaína (SAC) ha sido dividido en tres fases:

*Fase I de choque o "crash": la abstinencia suele aparecer hacia las 18 horas del último consumo y puede durar una semana con un pico a los dos o tres días. El deseo o craving es muy intenso y aparecerá anhedonia, ansiedad, irritabilidad, disforia, pérdida de peso, fatiga, hipersomnia y a veces agitación. Pueden asociarse ideas suicidas. Con frecuencia tienden a automedicarse con alcohol o sedantes. El estado de ánimo puede restablecerse en unos días, aunque la anhedonia y la disforia pueden perseverar varias semanas, entre 2-4 meses.

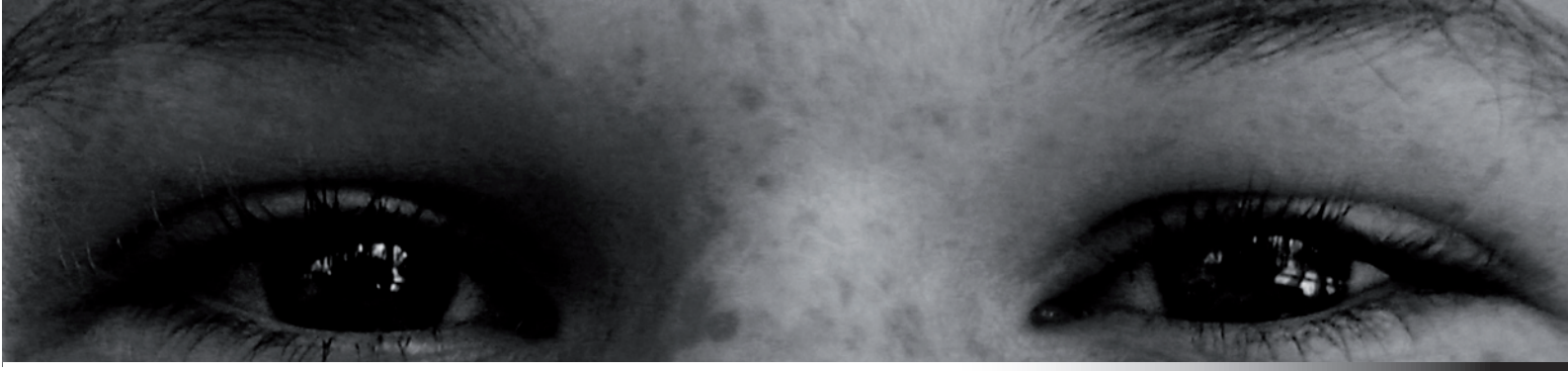
* Fase II, de privación y abstinencia: dura 3-4 meses y en un primer momento se caracteriza por una normalización del sueño y del estado de ánimo. Después, pueden aparecer sentimientos de falta de energía y de tristeza junto con el deseo de consumir cocaína.

*Fase III, de extinción: dura entre 3–6 meses y se caracteriza por un deseo compulsivo de consumo ante estímulos condicionados. El tratamiento debe ser principalmente psicoterapéutico, aunque determinados autores recomiendan tratamiento con antidepresivos.

- Etapa de euforia (2-3 meses hasta 6-7): sensación de que el problema ha desaparecido y todo está superado. Está demasiado contento, haciendo planes de futuro muy lejanos de la realidad. En este momento hay gran riesgo de abandono.

- Etapa pared: (6-7 meses a 1 año): no encuentra mucho sentido a nada. Todo lo ve negativo, no encuentra aspectos positivos en haber dejado de consumir. Es una etapa clave en la que necesita mucho apoyo. Coincide con la fase III de extinción del SAC.

- Etapa de mantenimiento: a partir del primer año, va desapareciendo esa perspectiva decepcionante de la vida para dar paso a una visión más realista y equilibrada. Coincidiría con el fin del tratamiento.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

*Contenido*

*ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA PROYECTO HOMBRE DE TRATAMIENTO PARA COCAINÓMANOS.MARCO GENERAL*

El tratamiento se realizará en un marco ambulatorio para la totalidad de los usuarios, contemplando excepcionalmente la posibilidad de realizarlo de manera residencial inicialmente (con una derivación temporal a un recurso residencial) siempre que el perfil o los apoyos sociales no se ajusten adecuadamente.

Centrar la acción terapéutica en el objetivo de abstinencia (comtemplando y/o los consumos puntuales de recaída como parte del proceso), incidiendo para ello en cambios saludables del estilo de vida, manteniendo y mejorando la integración social y laboral del usuario y dotándoles de las capacidades y habilidades necesarias para prevenir posibles recaídas.

Comprensión de los procesos de cambio de manera integral, atendiendo a diferentes áreas de la persona, incidiendo especialmente en los aspectos onductuales,

cognitivos y emocionales. Se sustenta en una visión positiva de los usuarios en cuanto a su capacidad para adquirir los recursos que les permitan cambiar, así como la responsabilidad sobre su proceso terapéutico.

Individualización de los procesos respecto de los pasos que cada usuario debe seguir para alcanzar los objetivos propuestos. Programación de objetivos donde lo psicológico, lo biológico y lo social estén en equilibrio.

Utilización de cuantos recursos médicos, farmacológicos y científicos estén al alcance del usuario y sean útiles para su tratamiento y para la consecución de sus objetivos en el programa.

Perspectiva del tratamiento como un período transitorio en la vida del usuario. El usuario es el protagonista de su proceso terapéutico.

Se establece el marco terapéutico en términos de ayuda mutua, donde el trabajo grupal constituye un punto fuerte en la estructura metodológica del programa (excepto en el programa individual).

Estructurar el proceso terapéutico en etapas o fases con objetivos diferenciados y evaluables, tanto por el usuario como por el equipo terapéutico.

Se compaginan enfoques generales de tratamiento de las adicciones con las técnicas más específicas para la dependencia a la cocaína.

Complementariedad entre los recursos integrados en la red del Plan Regionales Sobre Drogas. Evaluación continuada de procesos y resultados.

El tiempo de tratamiento estimado de manera general se sitúa en el intervalo de 12 a 18 meses para el programa ambulatorio.

*CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN*

## Criterios de Inclusión

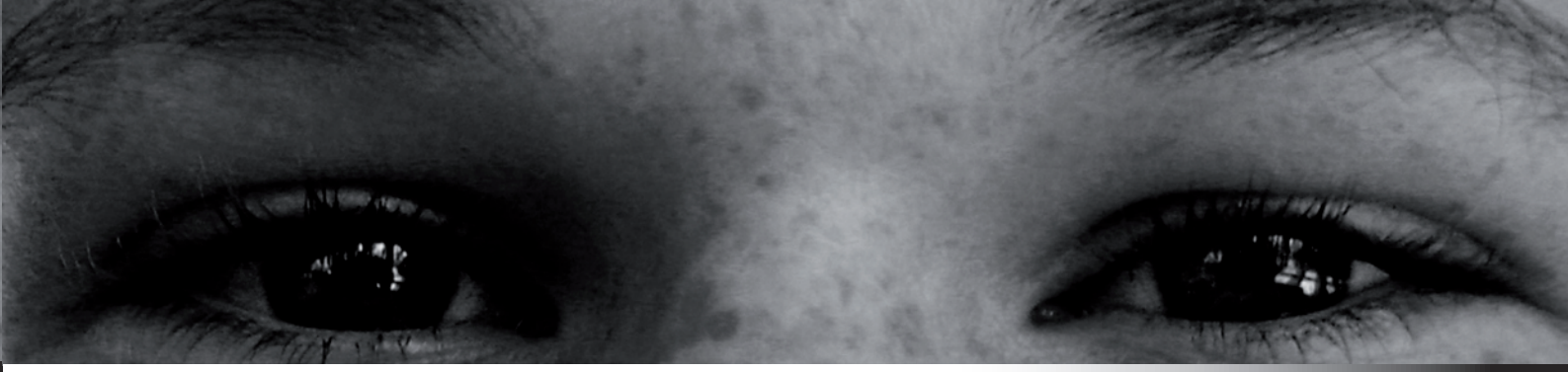
El programa va dirigido a personas mayores de 18 años, de ambos sexos, que, o bien abusan de cocaína como forma exclusiva de consumo o bien lo hacen acompañada de otros estimulantes (anfetaminas, speed. MDMA...), así como a los que han desarrollado una dependencia hacia estas sustancias.

Se evaluará en cada caso:

- El grado de autocontrol personal: existencia de una mínima capacidad de autocontrol para llevar a efecto la interrupción del consumo compulsivo.
- Soportes psico-sociales o afectivos adecuados para facilitar la interrupción del uso de la droga.
- La tenencia de responsabilidades (familiares, laborales, formativas...)
- Criterios de abuso/dependencia de cocaína según DSM-IV-TR/SCID.
- Petición expresa por parte del demandante de la necesidad de tratamiento, así como de su interés o motivación a colaborar en el mismo.
- Ausencia de criterios de exclusión.

## Criterios de Exclusión

- La imposibilidad de cesar en el uso de drogas, por tener un acceso fácil a la sustancia, por presiones familiares o de relaciones que favorezcan el uso de drogas, un ambiente laboral en que el uso de estas sustancias es la norma y una suma significativa de otros factores pueden ser obstáculos reales para los intentos de abstinencia.
- Síntomas orgánicos o psicológicos que requieran observación y tratamiento, como los estados psicóticos, la sintomatología depresiva severa o la debilidad extrema. Crisis de tipo psicológico o físico durante el periodo de abuso de cocaína que aconsejaran su ingreso hospitalario.
- La ausencia de soportes psicosociales adecuados para facilitar la interrupción del uso de la droga.
- Mostrar, después de un periodo de tiempo razonable, déficit motivacional para alcanzar los objetivos propuestos.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## *Abordaje*

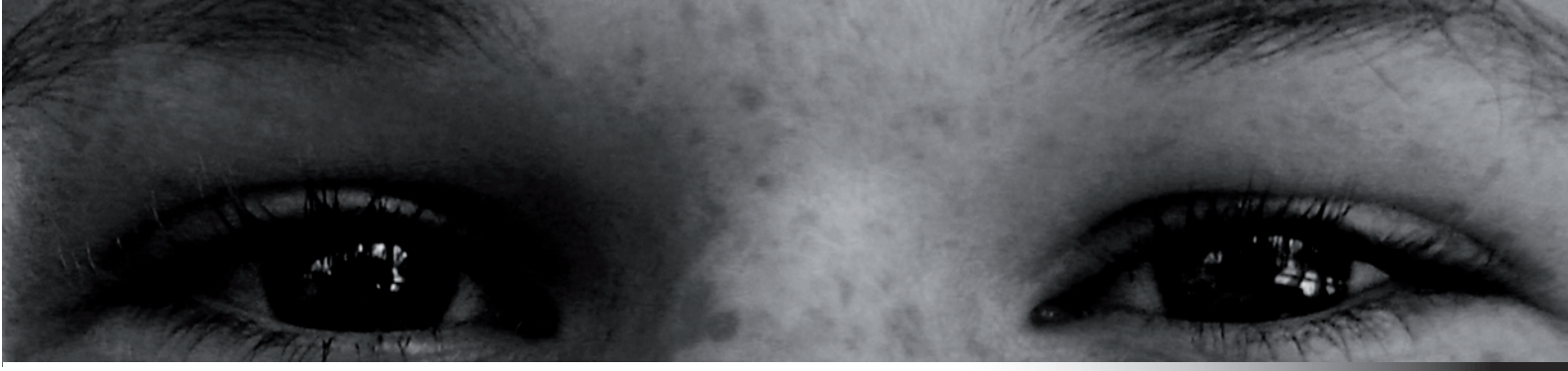
*METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN*

Desde el inicio de los primeros programas de atención específica a cocaína, se atendieron las principales demandas que existían por parte de sus potenciales usuarios, algunas de las cuales se han convertido en cuestiones clave en la metodología seguida en los tratamientos. Teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios y de las personas implicadas en el tratamiento, pero fieles al estilo y filosofía del trabajo que desarrolla Proyecto Hombre como entidad, se ha desarrollado una metodología en la que se pueden señalar las siguientes claves de tratamiento, que no faltan en ninguno de nuestros centros:

Programa educativo-terapéutico
Abordaje integral y biopsicosocial
Implicación del soporte socio-familiar del usuario en su proceso
Terapéutico
Autoayuda como base de la relación entre usuarios
Régimen ambulatorio
Intervención grupal e individual
Estructuración del proceso en fases
Personalización de los procesos

Los instrumentos comunes utilizados en los diferentes centros son:

Contrato Terapéutico: Acuerdo verbal o escrito que se establece entre las personas que demandan tratamiento, la familia y el profesional del centro, pactándose las normas y metodología del programa.
Analíticas: Pruebas objetivas que permiten la detección de un consumo más o menos reciente de alcohol y/o drogas.
EuropASI Indice Europeo de Severidad de la Adicción. Instrumento que mide la dependencia del alcohol y las drogas, así como la pertinencia de intervención en otras áreas de la vida biopsicosocial.
Entrevistas individuales y entrevistas familiares: Encuentro entre el terapeuta, el usuario y/o la familia con el objetivo de un conocimiento biopsicosocial de la persona que posibilite el planteamiento de una alternativa de tratamiento.
Grupos de autoayuda de usuarios y grupos de autoayuda de acompañantes: Grupo encaminado a realizar un abordaje de dificultades vividas en el presente, donde los miembros del grupo, que presentan una problemática común, emplean como medio la confrontación, para que las personas sean conscientes de dichas problemáticas, las analicen y se planteen un cambio, orientado a la mejora de las condiciones personales de vida.
Grupos familiares: Grupo cuyo objetivo es revisar el funcionamiento de la familia junto con el residente. Intenta crear una dinámica de comunicación que facilite la delimitación de responsabilidades de cada uno de los componentes de la familia y que se establezcan compromisos verificables en el transcurso de los diferentes grupos. Es el espacio para aclarar conflictos o dificultades en la relación familiar.
Seminarios para usuarios o acompañantes: Sesiones grupales, dirigidas por un profesional, donde se transmiten una serie de conocimientos sobre materias o contenidos específicos, de carácter formativo e informativo (sexualidad, alcohol, etc.). Su objetivo es la transmisión de información directa o indirectamente relacionada con el fenómeno adictivo o que pueda ser útil para el proceso de tratamiento.





PROYECTO HOMBRE

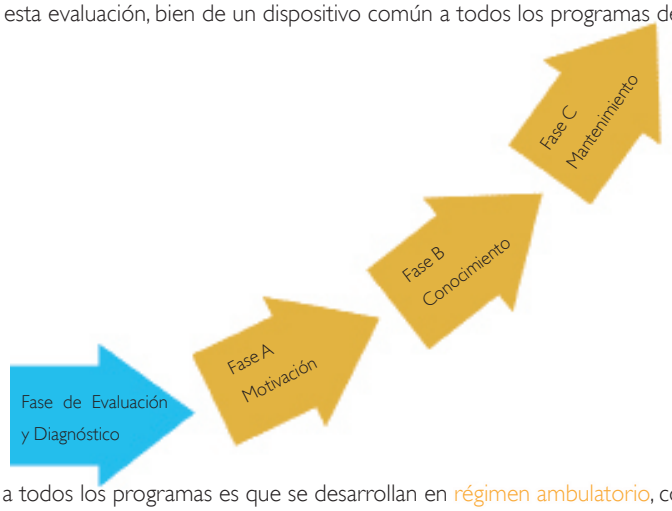
# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Anamnesis/Historia de Vida: Registro autobiográfico donde se recogen las vivencias personales, familiares y del entorno de la persona en tratamiento, destinado a la elaboración del plan de intervención.
Carpeta terapéutica: Conjunto de registros que recoge la información sobre los datos personales y del proceso terapéutico de cada persona en tratamiento.
Grupos temáticos: Son grupos de autoayuda donde se aborda un tema en profundidad, y se hace hincapié en la identificación de posibles dificultades específicas para la elaboración de un plan de intervención.

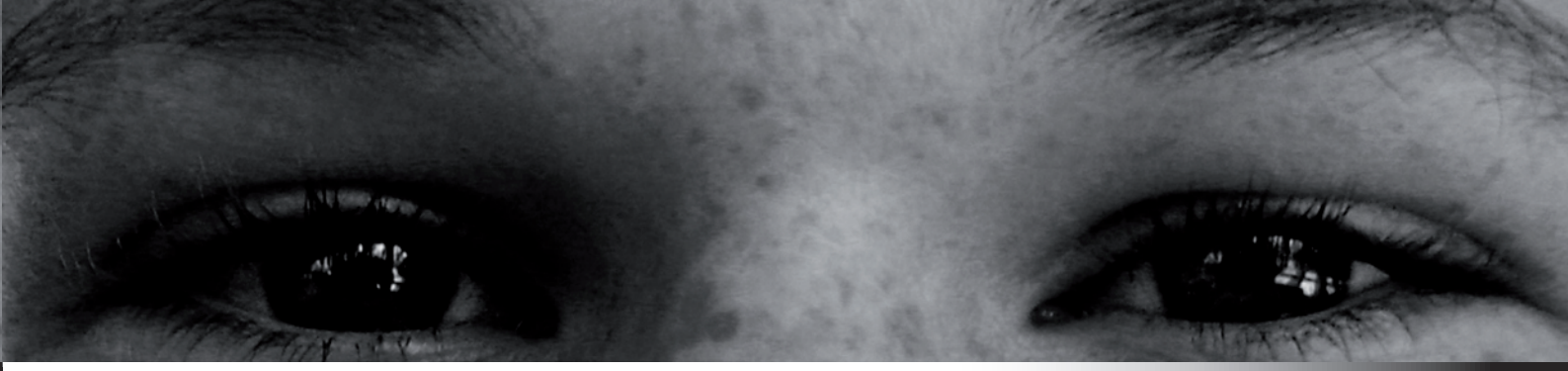
Otras herramientas que también se utilizan en los programas, aunque no en todos son:

Pruebas de evaluación de personalidad
Pruebas de evaluación de síndromes psiquiátricos
Grupos de Autoayuda de parejas
Grupos de comunicación
Convivencias con usuarios
Convivencias con usuarios y familias
Genograma
Talleres de habilidades sociales
Talleres de prevención de recaídas
Talleres sobre trabajo en valores
Registros de grupos

Todos los programas se estructuran en tres fases interdependientes que constituyen un proceso integral, con una prefase o fase inicial, en la que se realiza la evaluación y diagnóstico del caso. Esta prefase o fase inicial, puede depender bien del propio programa de tratamiento objeto de esta evaluación, bien de un dispositivo común a todos los programas del centro, encargado de realizar dicha labor.




Una característica común a todos los programas es que se desarrollan en régimen ambulatorio, con un horario de atención ajustado a las características y necesidades del perfil atendido. El horario de atención preferente es de tarde/noche, de manera que permite acudir a las actividades terapéuticas sin interrumpir la jornada laboral o formativa normalizada.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## *Objetivos del programa de tratamiento*

*OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA*

Facilitar el proceso de cambio conductual, emocional y cognitivo necesario para lograr la extinción del consumo de drogas y de otras conductas adictivas, la autonomía personal y la integración social. Los objetivos son progresivos y por tanto en fases avanzadas se siguen manteniendo los de fases anteriores.

*FASE DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO*

Objetivo General: Clarificar la demanda de atención y facilitar la integración de la persona y su entorno sociofamiliar en el tratamiento.

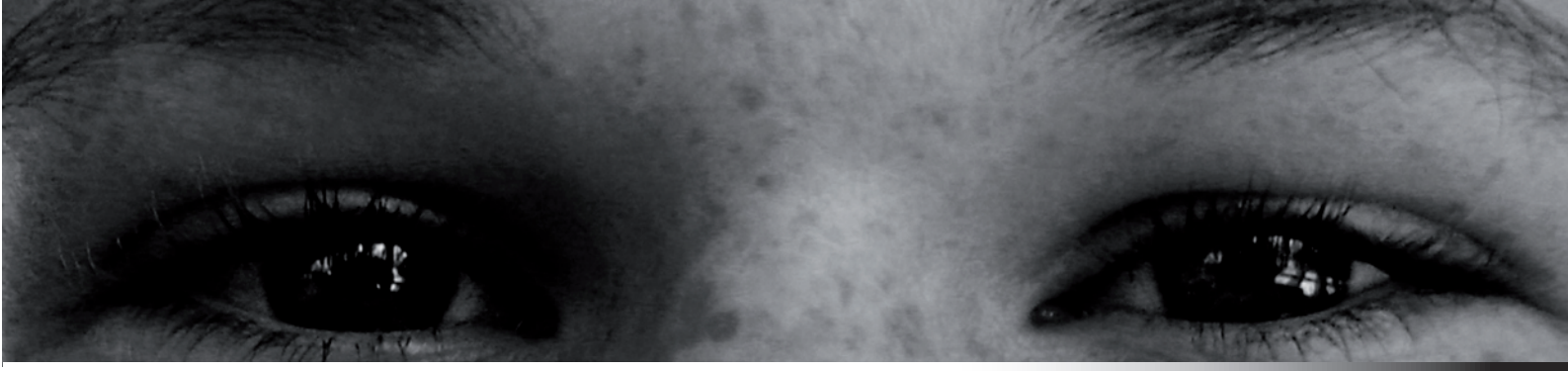
| *AGENTES* | *OBJETIVOS ESPECIFICOS* |
|---|---|
| PROFESIONALES | Establecer una relación terapéutica que favorezca la vinculación de la persona en tratamiento al mismo.<br><br>Conseguir que la persona en tratamiento y su entorno sociofamiliar tengan la información necesaria sobre el mismo.<br><br>Elaborar un plan preliminar de tratamiento ajustado a las necesidades de cada usuario. |
| PERSONAS EN TRATAMIENTO | Interrumpir el consumo de sustancias y la práctica de otras conductas adictivas. Tomar la decisión de iniciar un tratamiento para superar la dependencia. |
| ENTORNO SOCIOFAMILIAR | Aceptar la participación activa en el proceso terapéutico-educativo del usuario. |

*METODOLOGÍA*

### Psicoterapia Individual.

Entrevista individuales, donde se establecerán normas, metas y condiciones de trabajo con la persona y otras personas que lo acompañen en su tratamiento. Se realizará, además, una revisión de su situación médica y jurídica.

El estilo de este momento de abordaje de la relación terapéutica es el de la entrevista motivacional y de la terapia de aceptación y compromiso. En la evaluación podrán utilizarse también diferentes cuestionarios estandarizados que permitan realizar el diagnóstico pertinente. Al finalizar la misma se firmará un contrato terapéutico que siente las bases de la futura relación, tanto con el usuario como con su sistema sociofamiliar de referencia.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

### Analíticas de orina.

Estas se realizarán o no en función de las características del usuario y del dispositivo de tratamiento. Los resultados significan un indicador objetivo de evolución y refuerzo hacia la abstinencia. Ofrecen también la posibilidad de realizar contratos de contingencias negativas o positivas en función de ellos. Pueden ser un recurso especialmente útil para los casos en los que la motivación inicial al tratamiento sea pobre o esté muy condicionada por aspectos externos al usuario (familiar, judicial...) así como en los sujetos que presenten un bajo nivel de autocontrol.

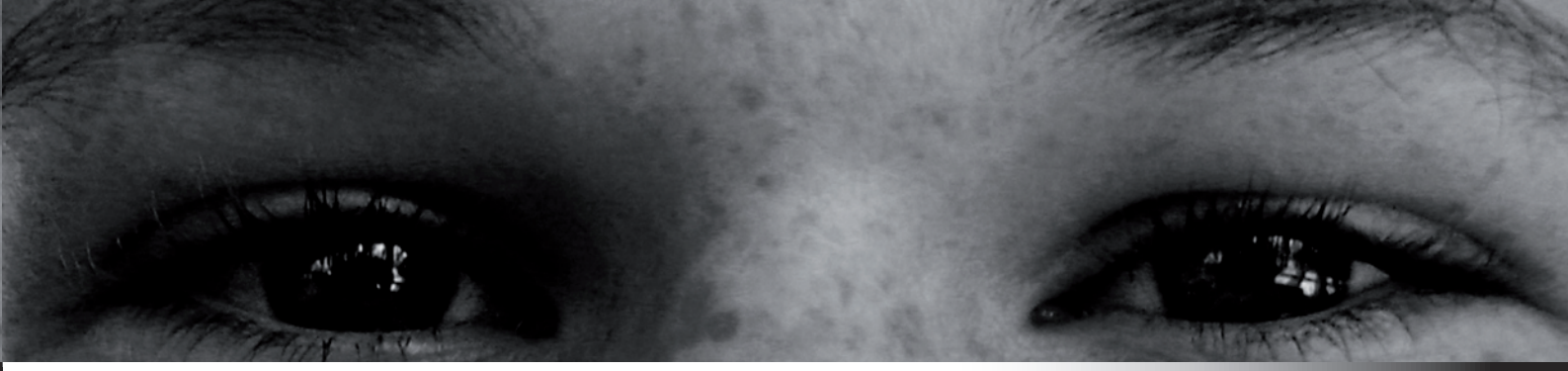
### Intervenciones Psicoterapéuticas Específicas.

Para aquellas personas que presentan dificultades en la consecución de la abstinencia, ambivalencia, o cualquier situación que incida en imposibilitar el cumplimiento de los objetivos de esta fase inicial.

*FASE I: MOTIVACIÓN-INTEGRACIÓN*

Objetivo General: Facilitar el proceso personal de motivación al cambio en el estilo de vida.

| *AGENTES* | *OBJETIVOS ESPECÍFICOS* |
|---|---|
| PROFESIONALES | Proporcionar un marco de referencia a las personas en tratamiento, que favorezca la vinculación al tratamiento.<br><br>Ajustar el plan de tratamiento individualizado atendiendo a las áreas básicas.<br><br>Proporcionar a las personas en tratamiento recursos terapéuticos y educativos que ayuden en el proceso de cambio conductual, cognitivo y emocional.<br><br>Conocer el funcionamiento del sistema sociofamiliar y proporcionar, si es necesario, pautas encaminadas a su reajuste. |
| PERSONAS EN TRATAMIENTO | Desarrollar las capacidades personales<br><br>Integrarse en la propuesta de tratamiento.<br><br>Mantener la abstinencia del consumo de alcohol/drogas y otras conductas adictivas.<br><br>Mantener y/o adquirir hábitos de vida saludables y socialmente responsables.<br><br>Establecer y/o mantener relaciones sociales satisfactorias que contribuyan al mantenimiento de la abstinencia. Ocupar el tiempo libre evitando prácticas y/o situaciones de riesgo.<br><br>Iniciar el proceso de integración sociofamiliar asumiendo las responsabilidades que sean pertinentes.<br><br>Tomar conciencia de la realidad personal e iniciar un cambio en el estilo de vida y escala de valores. |
| ENTORNO SOCIOFAMILIAR | Implicarse en el proceso de la persona en tratamiento. Iniciar los cambios necesarios en la dinámica de funcionamiento sociofamiliar. |





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

*METODOLOGÍA*

## Terapia Grupal.

Una vez alcanzados los objetivos iniciales, el usuario se integrará en los grupos de apoyo mutuo del programa ambulatorio, asistiendo a grupo dos veces a la semana, la duración de la fase para la consecución de los objetivos planteados será de alrededor de tres meses y se realizarán las analíticas de orina indicadas por el terapeuta si así se considera pertinente.

El grupo ofrece una estructura, contención y una red de apoyo para el usuario. Se trata de ofrecer un espacio para la expresión de dificultades personales y para la construcción de estrategias alternativas, así como para el afrontamiento de aspectos de su vida no resueltos. Un aspecto importante en esta etapa es el reconocimiento de la propia vulnerabilidad ante la adicción y la necesidad de ayuda del trabajo en grupo para afrontar y sostener la abstinencia.

Se trabaja con dos formatos de terapia grupal:

- Grupos de Autoayuda/Apoyo: en los que se posibilita el intercambio de apoyo social, sentido de pertenencia, soporte emocional, y refuerzo de la abstinencia.
- Grupos Psicoeducativos: incluyen temáticas sobre las adicciones y sus consecuencias, técnicas de relajación, autocontrol, hábitos saludables de vida y mejora de la comunicación.

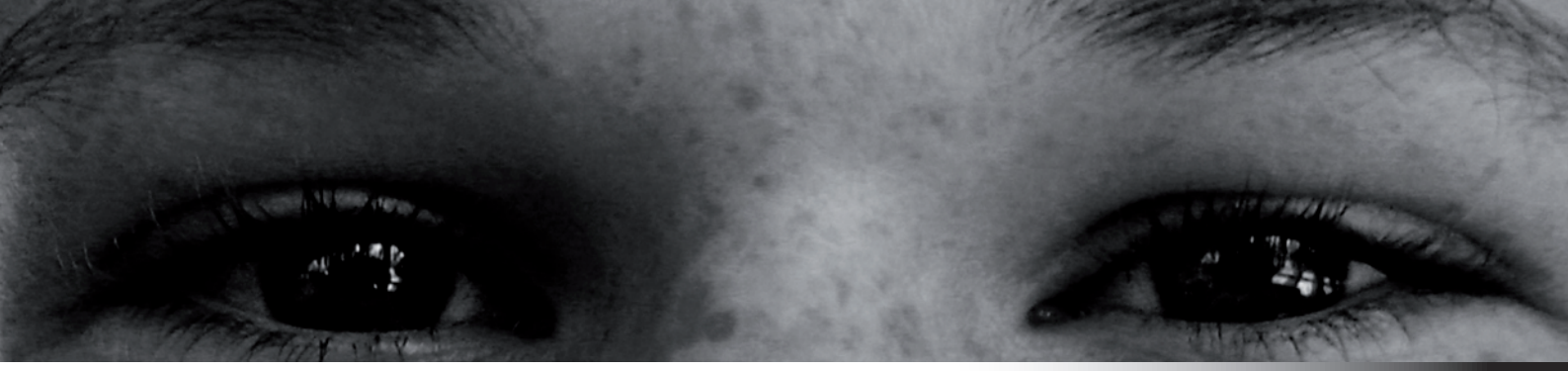
## Programaciones.

Desde el inicio de esta fase se realizarán de forma controlada planificaciones de fin de semana, en el área del ocio y tiempo libre que serán valoradas en los grupos de autoayuda. El objetivo principal de este instrumento será el aprendizaje en la priorización de metas y organización del tiempo.

*FASE II: CRECIMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL*

Objetivo General: Facilitar el proceso de conocimiento y desarrollo personal de las personas en tratamiento.

| *AGENTES* | *OBJETIVOS ESPECÍFICOS* |
|---|---|
| PROFESIONALES | Aplicar las estrategias pertinentes para lograr los cambios necesarios a nivel conductual, afectivo y cognitivo. Promover la experimentación de hábitos saludables de tiempo libre. Fomentar el desarrollo de habilidades personales. Facilitar la integración en el ámbito sociofamiliar y formativo |
| PERSONAS EN TRATAMIENTO | Detectar, expresar y analizar las necesidades, limitaciones y potencialidades. Analizar el pasado personal y del entorno sociofamiliar y sus influencias en el presente. Aprender a identificar y expresar las emociones adecuadamente. Aprender y aplicar técnicas de prevención de recaídas. Reestructurar ideas irracionales. Integrarse funcionalmente en el entorno sociofamiliar. Clarificar los valores sobre los que van a basar su comportamiento. Mantener una red social favorable a la participación e integración social. |
| ENTORNO SOCIOFAMILIAR | Desarrollar mecanismos funcionales de afrontamiento de conflictos en el entorno sociofamiliar. |





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

*METODOLOGíA*

La duración de esta fase sería de ocho meses dependiendo de la evolución personal y de los objetivos alcanzados, realizando las analíticas que marque el terapeuta en cada caso. En esta fase se diferenciarán grupos de autoayuda, grupos psicoeducativos y grupos de aprendizaje (Plan de Prevención de Recaídas y Habilidades Sociales).

En este periodo se realizarán convivencias, anamnesis personal, desarrollo del plan de prevención de recaídas y taller de habilidades sociales como elementos de trabajo.

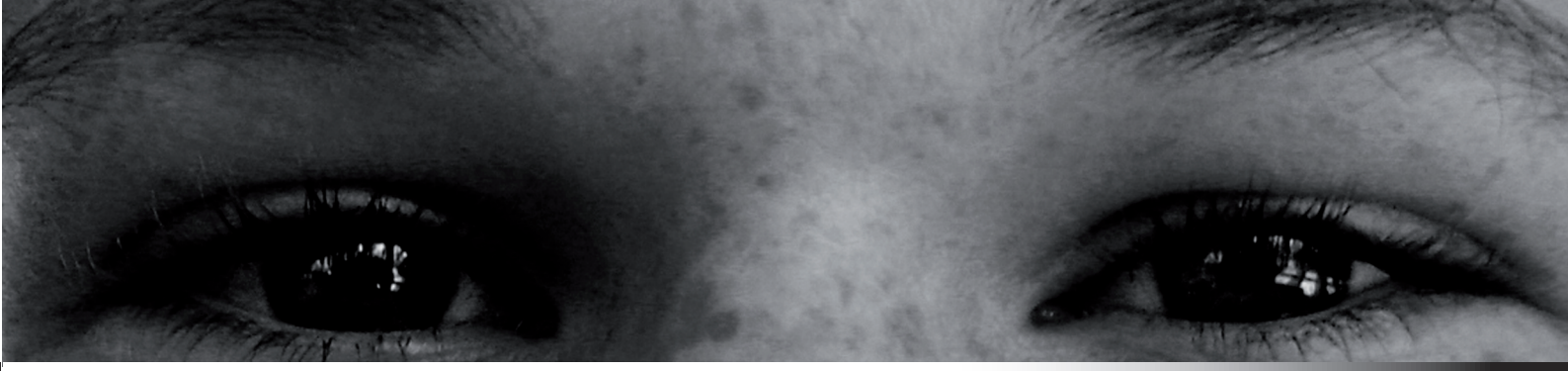
Instrumentos.

Programa de prevención de recaídas. (PPR).

Una de las maneras que usaremos para trabajar el mantenimiento de la abstinencia, es la aplicación del Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985). Este modelo utiliza el tratamiento cognitivo-conductal para enseñar a los usuarios nuevas respuestas de afrontamiento alternativas al consumo. Algunos de sus conceptos fundamentales son:

- Definición de Situación de Alto Riesgo (S.A.R.): como cualquier situación que amenaza la sensación de control del sujeto e incrementa el riesgo de consumo:
    - estados afectivos negativos
    - conflictos interpersonales
    - presión social
- Diferenciación entre caída (lapso o error) y recaída (retorno a la situación anterior al tratamiento). La caída, caso de ocurrir, se contemplan como un error desafiante, una oportunidad para producir un nuevo aprendizaje.
- La percepción de autoeficacia, que se define como la expectativa sobre la capacidad propia para afrontar una situación

| *AGENTES* | *OBJETIVOS ESPECíFICOS* |
|---|---|
| PROFESIONALES | Verificar la integración de los cambios realizados por parte de los usuarios.<br>Favorecer la desvinculación progresiva del programa de las personas en tratamiento y de su entorno sociofamiliar.<br>Acompañar al entorno sociofamiliar en el proceso de reajuste familiar. |
| PERSONAS EN TRATAMIENTO | Fundamentar y definir su proyecto de vida desde una elección progresiva de metas y valores propios.<br>Llevar un estilo de vida autónomo y satisfactorio.<br>Mantener la abstinencia.<br>Manejar las estrategias oportunas para el afrontamiento de conflictos y problemas.<br>Tomar decisiones responsables y acordes a su realidad.<br>Afianzar un entorno sociofamiliar estable acorde al nuevo estilo de vida. |
| ENTORNO SOCIOFAMILIAR | Facilitar a la persona en tratamiento el proceso de autonomía personal. |





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

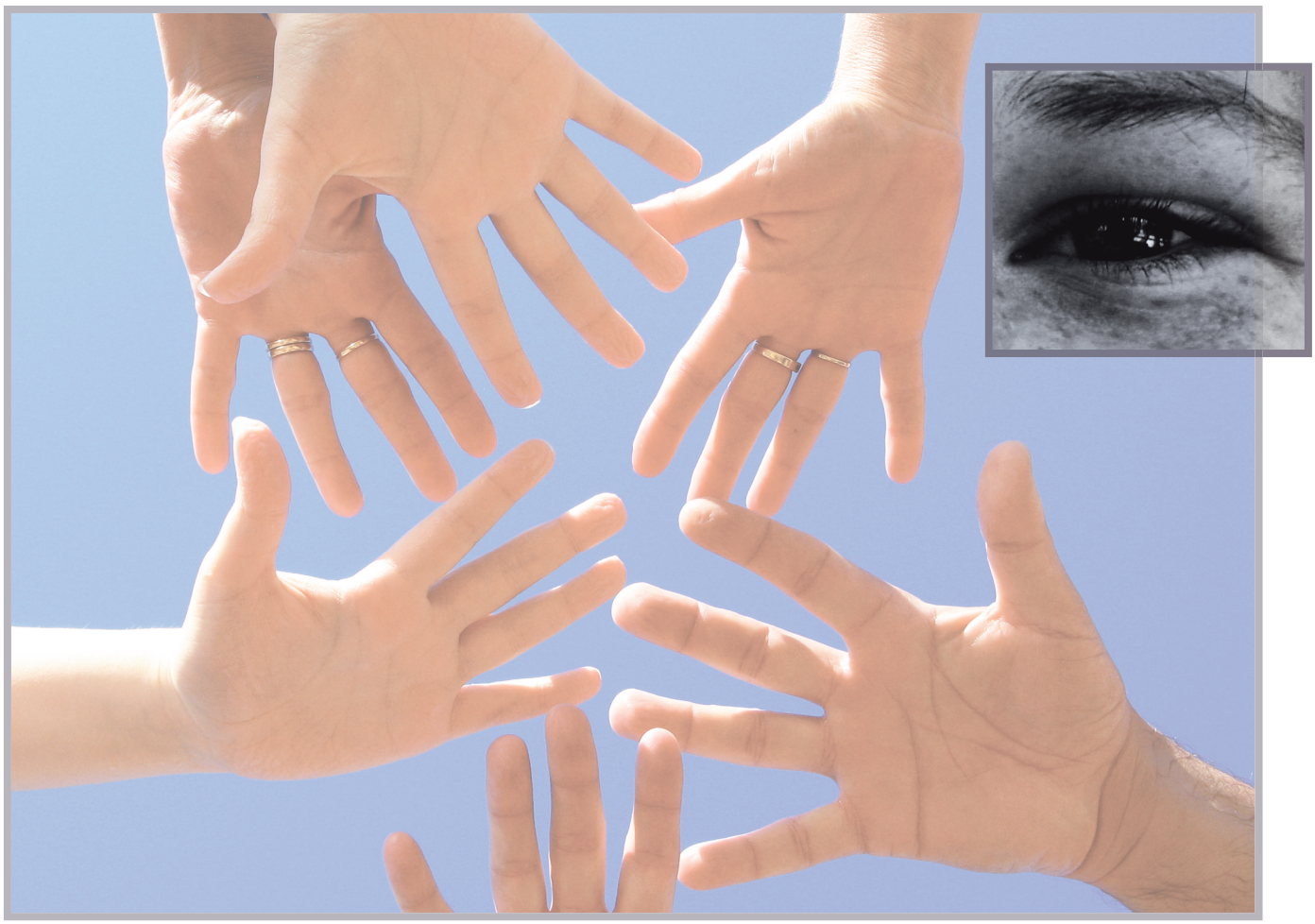
*METODOLOGÍA*

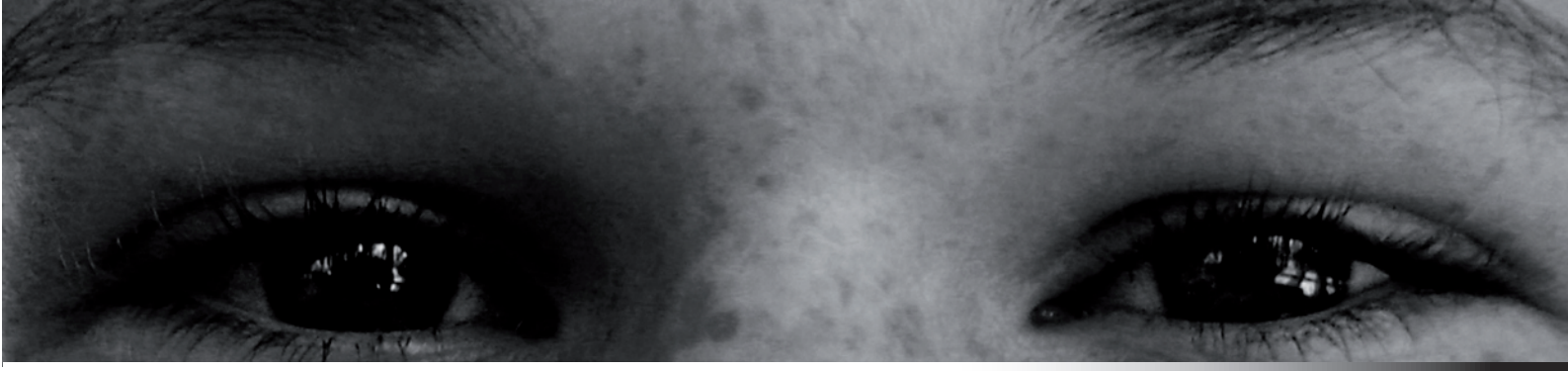
Durante esta fase se disminuirán el número de grupos, donde se verificarán los objetivos personales y se consolidarán los logros alcanzados. En los últimos meses de la fase desaparecerían las condiciones pactadas, permaneciendo únicamente las normas básicas del Programa y siendo el abordaje individual

Dentro de esta fase trabajaremos en grupos de autoayuda, psicoeducativos y entrevistas individuales.

*ALTA TERAPÉUTICA*

El proceso terapéutico finalizará cuando en cada caso se hayan cumplido los objetivos de las tres fases en el periodo en que está estructurado el proceso terapéutico, pudiendo alargarse o acortarse razonablemente si ha habido incidencias relevantes que hayan retrasado/avanzado la finalización del programa.







PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## *Las familias*

### *INTERVENCIÓN FAMILIAR*

El acompañamiento y orientación familiar, cuando éste sea posible, se realizará durante todo el tratamiento y constituye uno sus pilares. Se tratará de tejer una red compuesta por familiares y amigos dispuestos a colaborar en el proceso de recuperación, de tal manera que sirva de contención alrededor del usuario y en la que éste pueda tener una nueva experiencia de relación.

El asesoramiento y establecimiento de contratos de colaboración con estas personas y la comunicación frecuente con ellas serán aspectos básicos del funcionamiento de esta estrategia.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Informar a los familiares sobre los aspectos básicos del abuso-adicción a estimulantes, repercusiones para la familia Y orientaciones del tratamiento. Se proporcionará toda la información necesaria para contribuir a reducir el malestar así como a manejar adecuadamente la carga emocional que genera la adicción.

Posibilitar un espacio de reflexión y apoyo hacia la labor que realizan.

Clarificar patrones de relación perjudiciales desde el punto de vista de la rehabilitación; descubrir comportamientos permisivos, codependientes y/o facilitadores del consumo.

Construir alternativas de relación positivas.

Transmitir a la familia su responsabilidad en el proceso del usuario.

Potenciar la comunicación en el núcleo familiar.

Favorecer la adquisición y creación de nuevos roles y nuevas relaciones en el subsistema de pareja, familiar y parental.

### METODOLOGÍA.

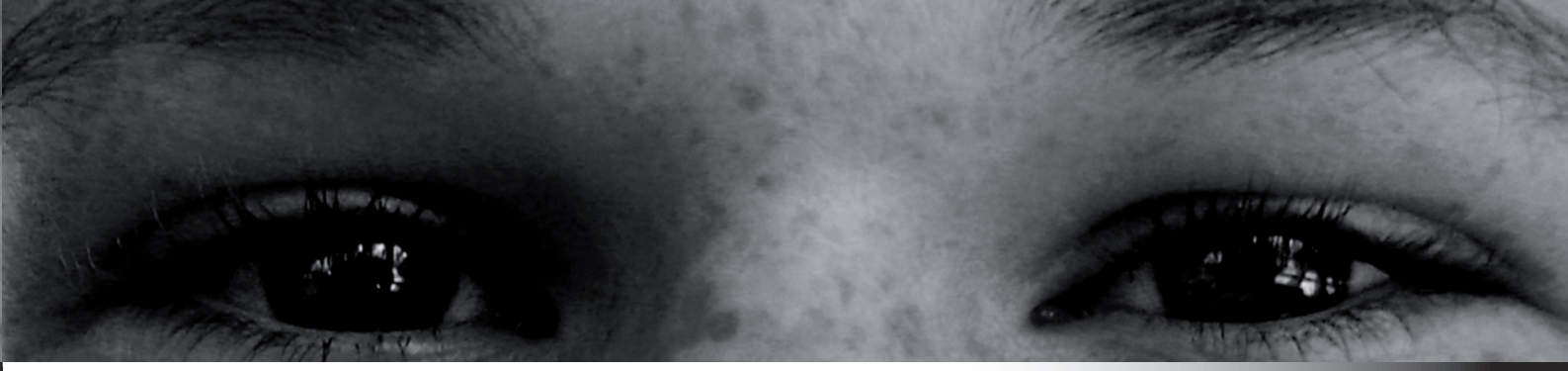
Entrevistas Individuales.

Grupos de seguimiento de familias:

- Mantener y aumentar el grado de motivación de las familias así como su implicación en el proceso terapéutico.
- Proporcionar pautas de actuación frente a la drogodependencia y al tratamiento.
- Dotarles de conocimientos básicos acerca de las sustancias y sus efectos.
- Que los asistentes aprendan a participar en el trabajo grupal (escucha, comunicación, etc.), así como favorecer el aprendizaje vicario.

Grupos Individuales de Terapia de Familia:

- Conseguir una participación activa y adecuada de los familiares en el proceso terapéutico. Disminuir los niveles de angustia y culpa.
- Superar la visión individualista de la problemática.
- Modificar hábitos y actitudes disfuncionales en el núcleo familiar.
- Enseñar a los familiares a analizar sus reacciones ante el problema y el efecto de estas reacciones sobre el usuario y sobre la familia.
- Analizar las pautas de convivencia, así como fomentar la comunicación y solución de problemas en la familia.
- Ayudar a las familias a comprender las recaídas dentro del proceso de tratamiento, enseñarles a prevenirlas y actuar ante ellas.
- Abordar alguna dificultad más constante en el proceso.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

*Ampliando horizontes*

*OTROS CONTENIDOS DEL TRATAMIENTO*

AREA DE SALUD

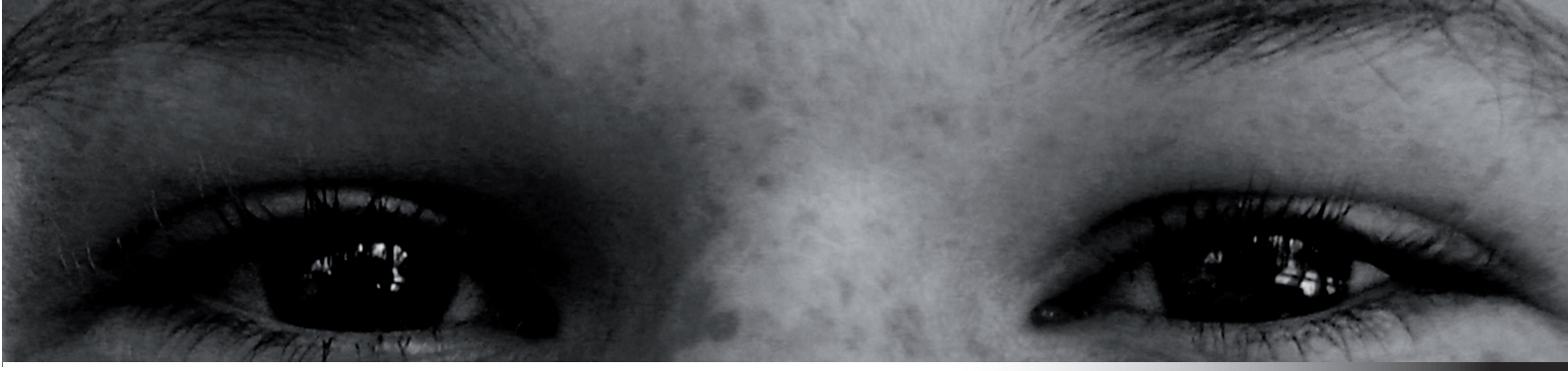
Se considera necesaria una coordinación del Programa con el área de salud de Proyecto Hombre.
Desde el inicio se hace una Historia Médica, con el oportuno abordaje farmacológico si se considera pertinente, tanto de la posible abstinencia como sobre el uso de aversivos para evitar el consumo de alcohol (en los casos de asociación entre ambas sustancias). Este abordaje, según los centros, puede ser abordado desde los recursos del centro o por otros externos de la red pública.
Se trabajarán en conjunto los grupos psico-educativos. A lo largo del tratamiento se tratará de desarrollar una breve guía para los usuarios sobre la cocaína y sus efectos, así como su influencia sobre la vida emocional, el síndrome de abstinencia a cocaína (SAC) y las fases de desintoxicación y el tratamiento propuesto por nuestro programa.
Algunos aspectos clave:
- Seminario sobre alcohol
- Ansiedad y trastornos del sueño
- Cocaína y juego adictivo

ÁREA FORMATIVO-LABORAL

- Programa de Inserción Laboral (en los Centros que dispongan de este servicio): encaminado a aquellos usuarios que no tengan trabajo o que deseen mejorar el que tienen: se trazará con el técnico de Inserción Laboral, analizando su experiencia y capacidades, así como sus déficits y la forma de eliminarlos.
- Tanto en el plan de trabajo elaborado por el usuario en la fase de evaluación como a lo largo del resto de las fases, se plasmará la problemática concreta así como las actuaciones planteadas en el tema formativo-laboral. Dicha información quedará reflejada en las evaluaciones de fase y se analizará en entrevistas y grupos.

TRABAJO CON ALCOHOL

Considerando la incidencia, uso/abuso del alcohol asociado a la ingesta de cocaína se hace necesario un trabajo específico que vaya más allá de la mera prohibición, que sea un factor integrado en el estilo de vida de los usuarios (en los Centros en que se considera que pueden beber), y que sea por tanto, un aspecto más dentro de los que se trabajan desde el tratamiento.
De la observación de los usuarios y de los instrumentos de evaluación y seguimiento con que contamos en Proyecto Hombre se deducen tres tipos de perfil en relación con el alcohol:
- Perfil "sin problemas": personas que no han manifestado problemas de consumo de alcohol, ni asociación de su consumo con el de cocaína.
- Perfil cocaetileno: personas en las que se da una asociación entre el consumo de ambas sustancias (cocaína y alcohol), formando el denominado complejo "cocaetileno".
- Perfil "con problemas": personas con adicción o abuso previos de alcohol (concomitante o no al consumo de cocaína).
Estimamos que para cada uno de estos tres perfiles el tipo de intervención en relación con el alcohol debe ser diferenciado y, en la medida de lo posible, individualizado, teniendo en cuenta también, la evolución y cumplimiento de los objetivos que presente el usuario. Tipo de intervenciones:
-Perfil "sin problemas": planteamiento de consumo moderado (situaciones habladas, y cantidades supervisadas en ambientes de no riesgo).
-Perfil cocaetileno: programa de bebida controlada.
-Perfil "con problemas": se plantea la abstinencia.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Durante el periodo de Evaluación se explicará el sentido de la norma de no consumir alcohol, al menos en un periodo de tiempo indicado por el terapeuta, ya que neurológicamente, debe haber un tiempo de abstinencia que permita la "recomposición cerebral" (sistema de recompensa, etc.), además de posibilitar un estilo de vida saludable y de soporte, relaciones adecuadas, superación de los retos de la vida sin uso de sustancias, etc. También se tomará la decisión terapéutica, con acuerdo del usuario, de la toma pautada de algún fármaco aversivo si se considera necesario.

Se definirán indicadores de evaluación en relación con el alcohol que, a lo largo del proceso se contrastarán con la evolución del usuario.

Dentro del Tratamiento se realizarán grupos psicoeducativos de salud, con familias y residentes sobre la asociación entre alcohol y cocaína, la dependencia al cocaetinol, mitos sobre el alcohol y dependencia y efectos del abuso del alcohol. También se realizará un grupo psicoeducativo sobre "alcohol y presión social".

Desde un punto de vista histórico se analizará un anamnesis de alcohol.

En el desarrollo del plan de prevención de recaídas se realizarán grupos psicoeducativos de "presión grupal y social. Decir no", "respuestas adecuadas" y "hábitos de vida y alcohol".

En un momento avanzado del Tratamiento se puede realizar un grupo temático de "Intenciones con el alcohol" de cara a hacer previsiones sobre el futuro estilo de vida del usuario.

## TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN ECONOMICA

Los objetivos del trabajo en administración económica se centran en la asunción de la realidad económica del usuario en cuestión.

1. Aprender a vivir acorde a la realidad económica.
2. Aprender a controlar el dinero y el valor del mismo, implicando esto el autocontrol de impulsos y la responsabilización del usuario.
3. La existencia de un control externo inicial y necesario.

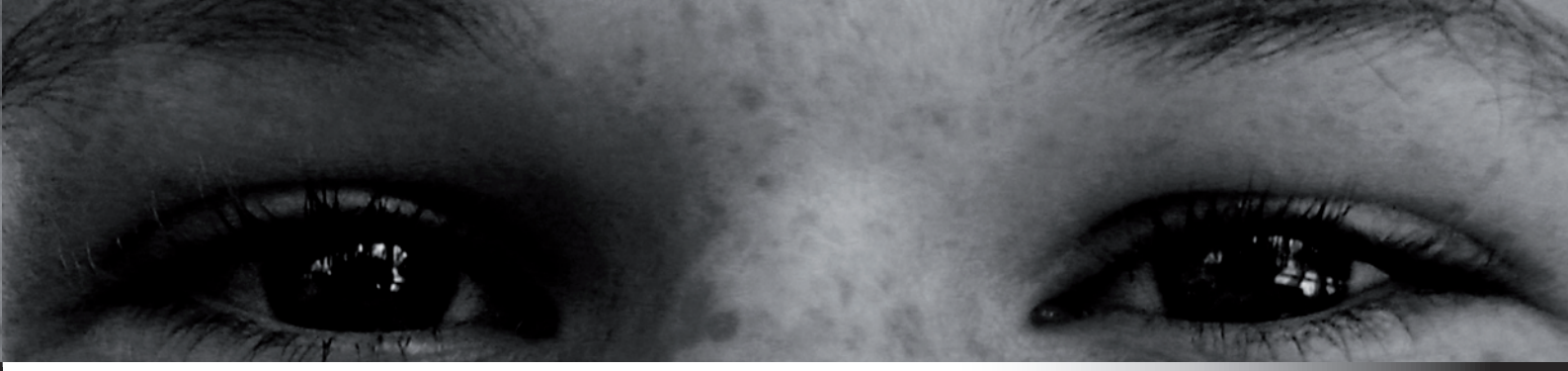
Desde el inicio del periodo de Evaluación los usuarios tendrán una restricción del dinero propio por parte de su familia con el fin de que tenga un control sobre el mismo, dentro de las medidas iniciales de control estimular.

En períodos más avanzados, se podrá utilizar un Registro de administración económica para que el usuario pueda presupuestar sus gastos y asumir responsabilidades en el tema económico.

## TRABAJO CON TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Durante el periodo de evaluación se podrá valorar la necesidad por parte del usuario de utilizar técnicas de relajación.

Se planteará la realización de un trabajo específico de autocontrol de la ansiedad, podrán utilizarse técnicas de relajación (respiración diafragmática o abdominal, relajación autógena, relajación progresiva, Sofrología, Mindfullness) y sus instrucciones y autorregistro, bien para uso individual, bien en dinámicas grupales.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## DIVERSIDAD

En nuestro país, el estudio sobre las drogodependencias y sus alternativas de tratamiento ha tenido un escaso desarrollo en cuanto a los conocimientos y las estrategias respecto a las diferencias que se manifiestan en el consumo problemático de drogas en hombres y en mujeres.

El consumo de drogas en mujeres, generalmente se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en hombres, y las prácticas de intervención tienden a homogeneizar tratamientos para hombres y mujeres como si unos y otras tuvieran las mismas necesidades, sin tener en cuenta que tanto los patrones de consumo, como sus causas y consecuencias, les afectan de manera diferente. No obstante, de un tiempo a esta parte, debido al cambio del estatus social de la mujer, es cuando tímidamente se ha empezado a reconocer la problemática de las adicciones en las mujeres, aunque no es hasta muy recientemente que se están estudiando las características diferenciales frente a los hombres (de la Cruz y Herrera, 2001).

Navarro (2000) pone de manifiesto el menor conocimiento de los factores de riesgos específicos en razón del género.

Este autor indica que la existencia de una serie de factores comunes a hombres y mujeres en relación al consumo de drogas; factores tales como:

-La curiosidad o el deseo de experimentación en edades jóvenes que, junto a una cierta actitud transgresora, propician los inicios en los consumos.

-La identificación grupal y su influencia en el reforzamiento de los mismos.

-La publicidad y, sobre todo, la presencia de las drogas legales en espacios de socialización tan importantes como la familia.

-La existencia de determinadas situaciones problemáticas y la frustración y ansiedad que conllevan, y el paliativo o evasión que ante las mismas las drogas proporcionan.

-La filosofía social dominante, basada en muchas ocasiones en valores en exceso individualistas, insolidarios e hiperconsumistas, que exacerban un presentismo e incitan a la satisfacción inmediata, tensión que muchas personas, hombres y mujeres, vehicular a través de las drogas.

No obstante, junto a estos condicionamientos generales, la mujer estaría sometida a otros específicos en razón de su género, tales como el papel subordinado que en muchos casos tienen aún en la familia, con una hipertrofia del rol del ama de casa; situación que se ve agravada cuando trabaja fuera del hogar y, además, ha de cumplir casi en exclusiva con este rol.

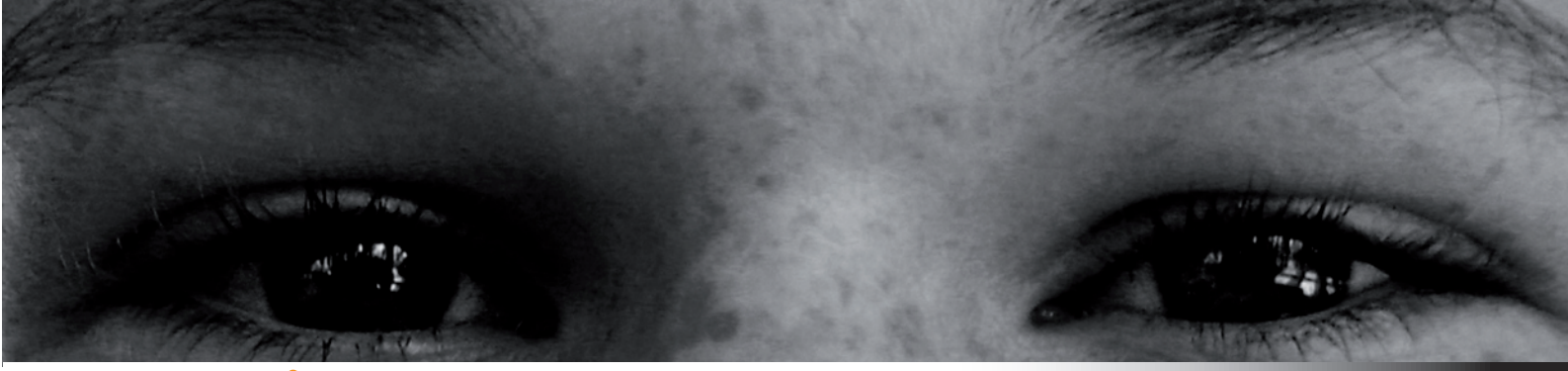
La frustración que esta situación genera induce en muchos casos a unos consumos abusivos de alcohol y psicofármacos.

En el extremo opuesto nos encontramos con aquellas mujeres emancipadas que, presionada por la cultura laboral y social discriminante respecto a los hombres, se ven abocadas a la competitividad y a la asimilación de determinadas pautas y conductas dominantes en el mundo masculino, entre ellos el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanía (OEDT) (2006), los servicios sanitarios de toda Europa están reconociendo cada vez más el hecho de que las mujeres con problemas de drogas tienen necesidades especiales y que estas necesidades precisan intervenciones especializadas, sin embargo, los servicios de tratamiento sólo para mujeres siguen siendo muy limitados.

En general, el análisis de los datos publicados en los diversos Observatorios sobre la droga y la toxicomanía (europeo, español y/o andaluz) permite afirmar que los hombres consumen más drogas ilícitas que las mujeres y por ello, tradicionalmente, los trastornos adictivos han sido considerados como enfermedades de la población masculina. Sin embargo, existen factores legales, culturales, educativos y geográficos que han llevado a un aumento de la prevalencia del consumo entre las mujeres.

Factores tales como los nuevos roles desempeñados, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta y la influencia de los medios de comunicación, la imagen corporal, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta ejercida contra las mujeres, las nuevas situaciones vitales fruto de los nuevos roles libremente elegidos (salida al mercado laboral, cambios en el estado civil, mayor autonomía y libertad para decidir, etc.) y las nuevas formas de ocio contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres, y se constituyen en verdades situaciones de riesgo para estas últimas (Urbano y Aróstegui, 2004).





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Urbano y Aróstegui (2004) señalan los siguientes aspectos en relación al consumo de drogas en la población femenina:

Errores de generalización. Considerar que hombres y mujeres pensamos y sentimos igual y, por tanto, se ofrece a toda la población toxicómana los mismos modelos de tratamiento. La mayoría de los protocolos terapéuticos están basados en los conocimientos que se tienen sobre la drogadicción masculina.

Errores de atribución. La mayoría de los profesionales que hasta ahora están en la dirección de programas de tratamiento, en los centros de tratamiento siguen siendo hombres, existiendo una tendencia general a comprender y asimilar lo semejante, quedando en la sombra, ignorado o infravalorado yodo lo que no se entiende.

Los estudios de De la Cruz y Herrera (2001) concluyen que las causas de inicio en el consumo en la mujer situaciones familiares (estilo de crianza, malos tratos, matrimonios prematuros, etc.), sensaciones a corto plazo (efecto de la sustancia), acontecimientos negativo (muerte de familiares, problemas separaciones, enfermedad de un ser querido, etc.), características de personalidad (timidez, rebeldía, etc.), antecedentes o ambiente de consumo (pareja, padres o amigos consumidores) y presión social.

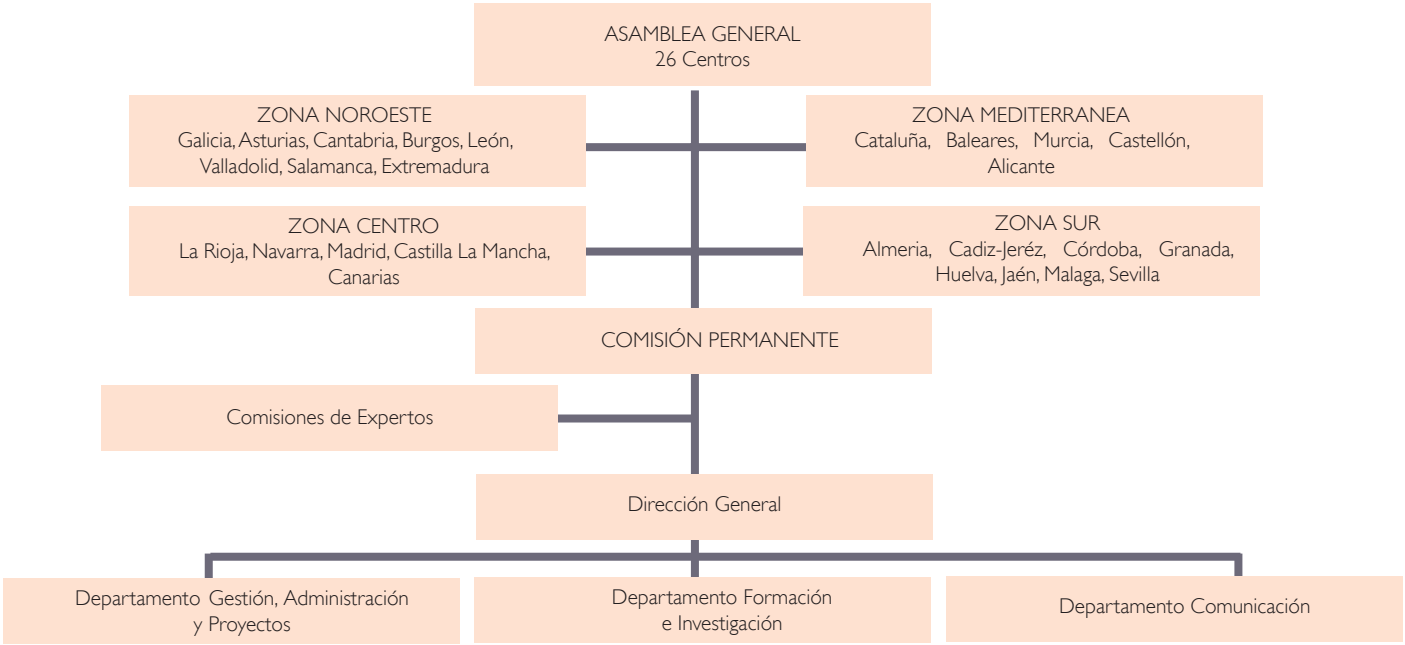
En base a lo argumentado en el presente apartado, la perspectiva de género en el tratamiento de la cocaínodependencia (así como de todo tipo de conducta adictiva), debe quedar perfectamente integrada en los objetivos y metodología de las políticas y programas de intervención y tratamiento, como se constata en una de las buenas prácticas detalladas en la presente Guía.

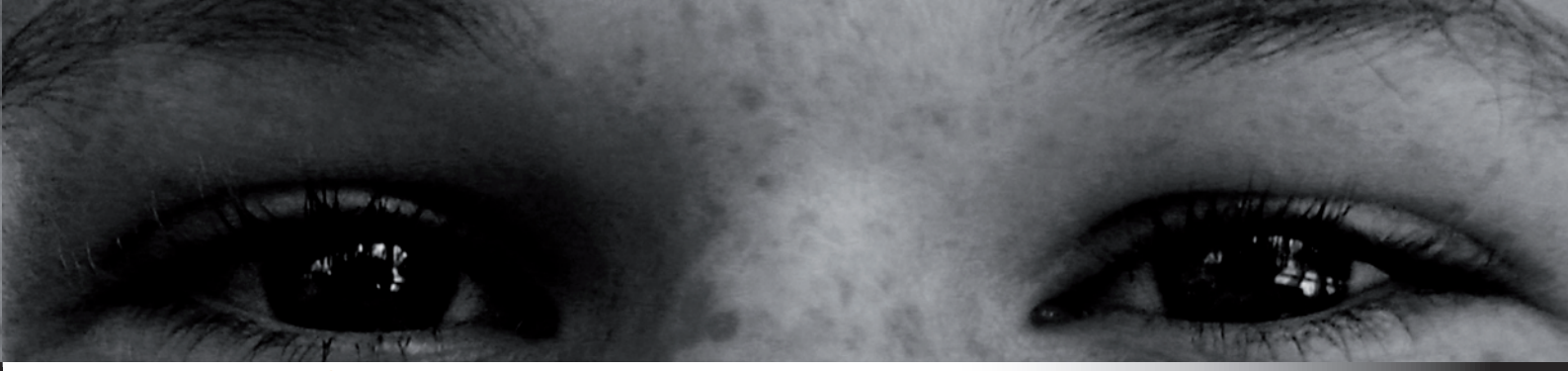
Además de la perspectiva de género sería conveniente aproximar los objetivos y metodología de los programas a otros grupos y/o minorías culturales susceptibles de una intervención específica por las características específicas de su etnia como pueden ser: población inmigrante, población gitana, etc.

*Descripción del proceso de evaluación de los programas para personas con problemas de adicción a la cocaína y sus familias.*

Este proceso se describe detalladamente en cuanto a metodología y resultados en el documento que se incluye junto a las Buenas Prácticas "Elaboración y ejecución de un sistema de evaluación parcitipativa de los programas de tratamiento para cocainómanos de Proyecto Hombre" (informe de evaluación).

*Gerencia de las intervenciones en los programas de cocainómanos*







PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

Una de las actividades básicas de la Asociación Proyecto Hombre se centra en afianzar la cohesión entre la Asociación y los Centros asociados para garantizar la profesionalidad, la calidad de la intervención, el aprendizaje común, la actualización de conocimientos y la comunicación. Con esta vocación nacen la Comisiones de expertos, con una trayectoria de hasta 17 años de experiencia y la implicación de cerca de 100 profesionales de los Centros de Proyecto Hombre. Su objetivo es crear un espacio de encuentro entre profesionales, generar estrategias de intervención, fomentar la investigación y, en algunos casos, diseñar programas específicos. Se trata en definitiva, de promover el análisis de la realidad que nos permita adecuar nuestra labor al fenómeno cambiante de las adicciones.

Las Comisiones de expertos centran sus esfuerzos en prevención, formación, evaluación, voluntariado, adolescentes y problemas jurídico-penitenciarios.

La existencia de una Comisión Nacional de Cocaína que agrupa profesionales de diferentes programas y zonas geográficas de España donde intercambiar opiniones, planificar actividades y efectuar trabajos comunes, ofrece un crisol de conocimiento y mejora de la praxis inestimable.

Desde esta perspectiva, la importancia de las acciones formativas y de intercambio de conocimiento (cursos, jornadas, foros…) relacionados con la cocaína en todos los aspectos, desde la perspectiva neurobiológica y neuropsicológica hasta la más psicosocial y educativa de las intervenciones, redunda en un beneficio común no sólo de la Asociación Proyecto Hombre, sino de la calidad de los servicios generales.

El presente año se ha celebrado la 3ª edición del Foro de Cocaína de Proyecto Hombre, valorándose como muy positivo para compartir experiencias y aprendizajes, y presentar resultados de investigaciones relacionadas con el consumo de cocaína y los efectos del mismo en las que se ha participado (Secades et al. 2007, Verdejo, 2007).

De hecho, una de las buenas prácticas que en esta Guía se presentan es el Foro de Cocaína, como espacio común para compartir las experiencias y aprendizajes acerca del funcionamiento de los programas y las nuevas actividades diseñadas e implementadas realizadas en los mismos.

Destacamos la importancia de la multidisciplinariedad de los equipo, basada en un modelo biopsicosocial y con una filosofía humanista de intervención centrada en la persona (y no en exclusiva en la sustancia) como sujeto activo de la intervención, y no paciente pasivo, así como motor de cambio, centrada también en el respeto y la confianza sobre el conocimiento y crecimiento personal como estrategia de cambio.

Como complemento, los protocolos de reinserción sociolaboral no solo deben contemplar meros objetivos de inserción laboral sino también cuestiones relacionadas con: ámbito social/amistades, actividades de ocio/Tiempo Libre, experimentación de valores implicación social/voluntariado, etcétera (desde el concepto de "sustenible livelihoods for rehabilitation and reintegration", UNODC, 2003).

Es necesaria la existencia de condiciones expresas de tratamiento, especialmente las referidas a la confidencialidad (según LOPD, de 13 de diciembre de 1999), el secreto profesional (según los Códigos Deontológicos vigentes), el derecho al respeto, el honor y las adecuadas condiciones terapéuticas. Dichas condiciones expresas deben incluir:

· Secreto profesional de grupos y entrevistas, confidencialidad de asistencia, derecho al honor y la privacidad.

· Contratos del tratamiento: incluyendo las actividades propuestas, las condiciones del tratamiento, motivos del cese de la relación terapéutica, etc.

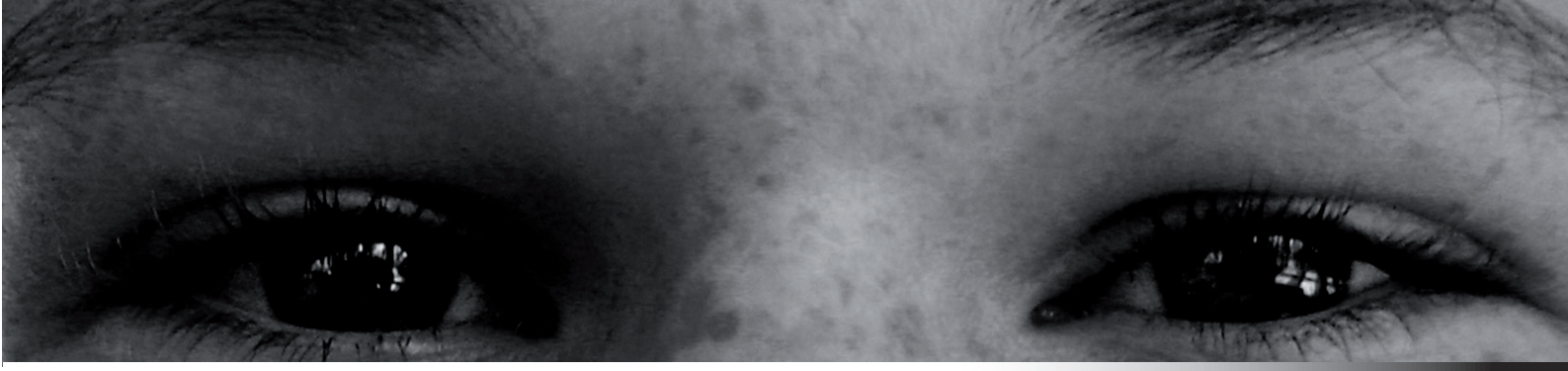
· Los derechos y deberes del cliente: normas, limitaciones, actividades que se pueden y que no se pueden realizar.

· Política de la recaída: estrategias de abordaje e intervención en caso de recaída.

· Política sobre analítica de drogas o "screenning": condiciones en que se puede (o no) realizar una analítica.

Un contrato del tratamiento debe necesariamente detallar las obligaciones del/a usuario/a del servicio y las responsabilidades que tiene el dispensador del mismo. Así mismo, en el se debe especificar la posibilidad de presentar quejas o reclamaciones si se vieran necesarias, así como de ejercitar su derecho a la modificación o cancelación de datos personales.Por último, consideramos necesario destacar la importancia del ambiente terapéutico libre de drogas y violencia propio de Proyecto hombre, basado en las normas fundamentales acerca de no utilizar ningún tipo de droga, incluidos el alcohol y los juegos de azar; así como la prohibición expresa acerca del uso de cualquier tipo de droga o conducta agresiva o violenta hacia ninguna persona, ya sea usuario, terapeuta, voluntario, familiar…

Desde sus inicios Proyecto Hombre ha apostado por la visión del "clima terapéutico" como facilitador en el proceso de rehabilitación, así como de la conceptualización del "clima terapéutico" como herramienta terapéutica en sí misma (De León, 2004; Kooyman, 1996). En vista de la efectividad ese ambiente, que tradicionalmente se ha asociado a la Comunidad Terapéutica, se ha pretendido extrapolar a todos los programas y servicios, que en la actualidad Proyecto Hombre desarrolla, incluyendo a los programas de atención al cocainómano.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

*Visibilidad*

La visibilidad hace referencia a la apreciación del proyecto, la institución y sus acciones en el rol social que está desempeñando tanto en la población beneficiaria, en la población en general así como en otras instituciones de su campo de acción (Bustelo, 2003).

Afecta a las cuestiones de visibilidad institucional y social del programa, el conocimiento de la institución y sus proyectos, la fiabilidad de su actuación, la relevancia de sus acciones así como a su estrategia informativa (Bustelo,2003).

Por tanto, y en base a las implicaciones que conlleva respecto de la cobertura y la accesibilidad por parte de los posibles interesados en el programa o servicio, así como, en el caso que nos ocupa, de los profesionales u otros destinatarios que puedan estar interesados en las estrategias de intervención referidas en la presente Guía como buenas prácticas.

La Visibilidad no debe hacer referencia exclusivamente a los materiales de difusión o las publicaciones en prensa (especializada o no) de las características del servicio o los resultados del mismo, debe ser un entramado de acciones planificadas y diseñadas a tal efecto, de forma que se concrete en un plan de visibilidad concreto.

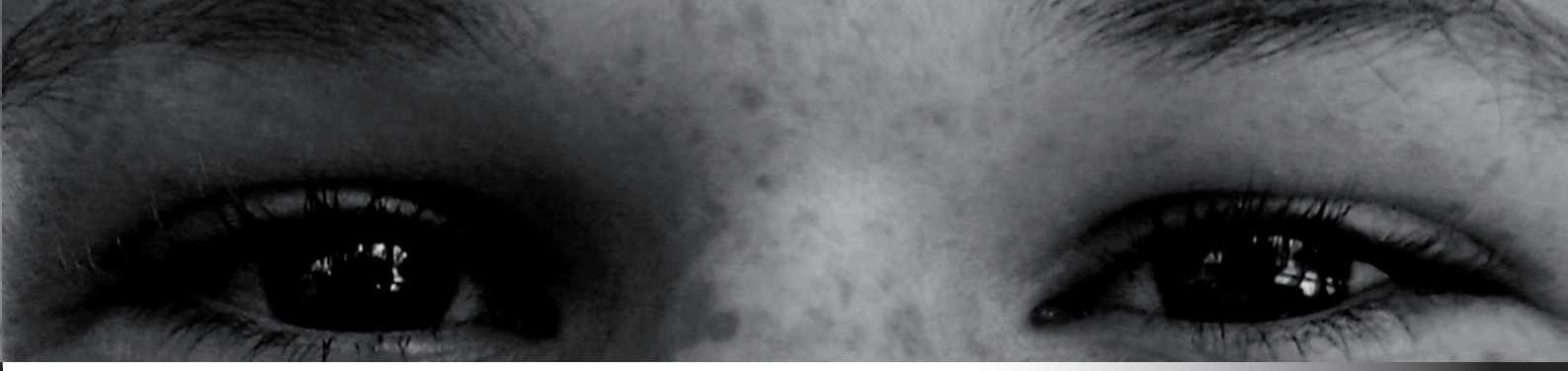
En el caso de las buenas prácticas que nos ocupan, nos consta que se hacen visibles a través de las matrices de programación, los materiales de difusión y las memorias anuales de actividad de los respectivos recursos.

El formato elegido para el intercambio de experiencias es el Foro de Cocaína, espacio donde (siguiendo el ejemplo de otros foros como el Científico anual del NIDA) profesionales de todos los programas de atención de PH comparten opiniones, vivencias y propuestas de trabajo con investigadores externos de reconocido prestigio como han sido Luis Caballero, Antonio Verdejo, Roberto Secades, etc. Dichos foros se han realizado con gran participación en los años 2006, 2007 y 2008.

A pesar de esto, pensamos que se adolece de la escasez de publicaciones, ya que solo en los casos del Genograma y el Trabajo con Alcohol, presentados como Buenas Prácticas en la presente Guía, se han publicado materiales (ver en el primer caso López Vega, 2004; y en el segundo caso Secades-Villa et al, 2007 y García Rodríguez et al 2007).

Existen algunas publicaciones sobre los programas de cocainómanos en la Revista Proyecto, como por ejemplo el artículo. de Elena Goti sobre el "Tratamiento del Abuso de Cocaína: de la C.T. al ambulatorio", o el artículo de Marzo de 2006 sobre "Adicción a Cocaína: Modelos de Tratamiento" de Luis Caballero". Además, para más información acerca de dichos programas se puede consultar el Informe de Evaluación: "Elaboración y ejecución de un sistema de evaluación participativa de los programas de tratamiento para cocainómanos de Proyecto Hombre" elaborado por la Comisión de Evaluación de dicha Organización.

Sabemos que la citada escasez de publicaciones se debe, entre otros motivos, al hecho de centrarse más en lo interventivo que en la difusión de los resultados de dicha acción interventiva, por ello animamos a todos aquellos servicios y recursos que efectúen intervenciones significativas y eficaces a su publicación, con objeto de difundirlas adecuadamente.





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## *Estándares internacionales y Pautas.*

Indudablemente toda "Buena Práctica" debe cumplir con unos mínimos de acuerdo con los criterios internacionales establecidos por Organismos públicos, en base al respeto incondicional por la vida humana, los criterios éticos de la intervención terapéutica, el respeto por los derechos civiles, la igualdad de trato independientemente del género, la cultura o la etnia, etc.
Además, consideramos necesario cumplir con unos criterios mínimos de Calidad, para ello es recomendable establecer un sistema de comparación con una norma establecida a tal efecto (ISO 9001:2000, criterios de evaluación EFQM, Qualicert), y, si es posible, diseñar y ejecutar un sistema de contraste "best marking" con otros servicios del sector de la intervención y tratamiento de las adicciones.

## *Obligaciones legales, comisiones, y derechos humanos.*

Debemos tener en cuenta, para cualquier tipo de intervención con cualquier tipo de población, las bases establecidas en los diferentes documentos por los organismos siguientes:

## *Declaración universal de derechos humanos*

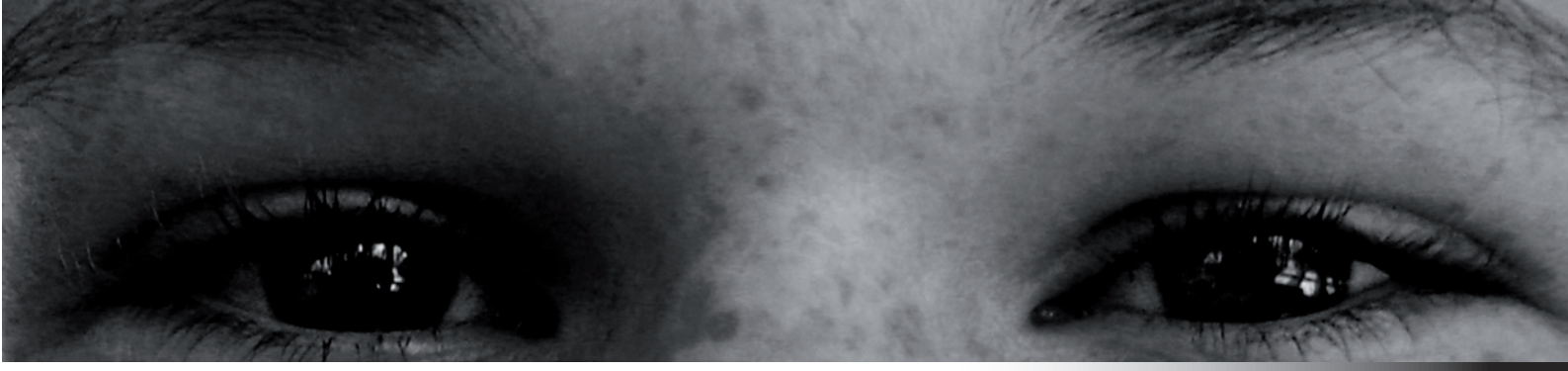
La declaración universal de derechos humanos fue adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1948. Aunque no sea un documento legalmente vinculante, sirve como fundamentación para los dos convenios originales de los derechos humanos de la O.N.U : Convenio internacional en los derechos civiles y políticos y Convenio internacional en los derechos económicos, sociales, y culturales(referencia digital: http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm).

## *Convenio internacional en las derechas civiles y políticas*

El convenio internacional de los derechos civiles y políticos (ICCPR) entró en vigor el 23 de marzo de 1976. Actualmente es el tratado más relevante sobre los derechos humanos y es de aplicación universal. Es un documento legalmente vinculante que requiere de los gobiernos asegurar el respecto de los derechos fundamentales individuales, incluyendo el derecho de no ser sometido a tortura, tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante (artículo 7), el derecho de cualquier persona detenida de ser tratado con humanidad y con respeto a su dignidad inherente (artículo 10), el derecho a la aislamiento sin interferencia arbitraria (artículo 17). El ICCPR también reconoce que toda la gente es igual antes de la ley y concede derecho a la protección igual y eficaz contra la discriminación en argumentos tales como sexo y raza (artículo 26). (referencia digital: http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b3ccpr.htm).

## *Comité de la O.N.U sobre los derechos económicas, sociales, y culturales.*

En el encuentro celebrado en Ginebra en el año 2002, se acuerda expresamente, dentro del marco de los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho al estándar alcanzable más alto de la salud, incluyendo enfermedades y problemas como los derivados del fenómeno adictivo. (Vigésima segunda sesión, Ginebra, 2002; referencia digital: http://www.un.org/spanish/).





PROYECTO HOMBRE

# Programas de tratamiento para cocainómanos en la Asociación Proyecto Hombre: Buenas Prácticas

## *Pautas internacionales y nacionales*

- Treatment Improvement Protocols (TIP) NIDA. Protocolos de mejora de tratamiento destinados a imcrementar la calidad de la recogida, manejo y uso de la información recogida. Hay diferentes protocolos para diferentes pefiles de tratamiento.
- Infofacts NIDA. Documento centrado sobre todo en los aspectos epidemiológicos de la adicción a la cocaína. Importante sobre todo por la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud (NSDUH, por sus siglas en inglés) con una muestra en el año 2006 de 34.2 millones de americanos.
- Informes de Buenas Prácticas de UNODC. 4 áreas prioritarias dentro del proyecto GLO-H43/ TREATNET: tratamiento dentro de las prisiones, tratamientos comunitarios, definición de estilos de vida sostenibles y tratamiento conjunto de adicciones y VIH/SIDA. 4 grupos de trabajo para elaborar una guía de buenas prácticas en cada una de las áreas. La metodología y las definiciones han sido consensuadas u reconocidas internacionalmente (UNODC, 2006).
- Informes de Buenas Prácticas Observatorio Europeo EMCCDDA). Cuadernos de trabajo con definiciones, objetivos y metodología contratastada sobre la materia. Válidos tanto para profesionales de los tratamientos como para evaluadores externos.
- Plan de Actuación para la cocaína PNSD. Documento básico para entender las estrategias de intervención para la adicción a la cocaína en España.

## *Calidad y Excelencia*

Como apuntamos al inicio del presente apartado, la búsqueda de una mayor calidad en nuestros programas y servicios, con objeto de que las personas que acuden a nuestros programas reciban cada vez una oferta más diversificada y adecuada a las necesidades emergentes, nos incita a establecer políticas y programas de intervención y tratamiento que se ajusten a los estándares establecidos bien por la propia organización (mediante análisis internos y establecimiento de sistemas de evaluación), bien establecidos por la propia organización con la supervisión y referencia de una norma externa (sea la norma ISO 9001:2000, sea en base a la metodología Qualicert, sea a través de evaluaciones de excelencia según las bases de la European Foundation for Quality Management), o bien en base a baremos establecidos de probada eficacia (cuestionarios sobre visibilidad, criterios de la Fundación Lealtad…).

Por supuesto las buenas prácticas que se detallan en el presente documento, pretenden ser un acercamiento a los modelos de excelencia, ya que repercuten directamente sobre la calidad del servicio y deben hacerlo también sobre la satisfacción de los clientes (tanto externos: usuarios del servicio, como internos: personal contratado y voluntario).

# BIBLIOGRAFÍA


- AZprensa.com "Los expertos constatan que el consumo de cocaína puede provocar trastorno bipolar" nº 2095, miércoles 12 de noviembre de 2008. Bengt Karlöf & Svante Östblom. (1993) Benchmarking. Editorial John Wiley & Sons.

- Blanco Zamora, P.; Sirvent Ruiz, C. (2006) Psicopatología asociada al uso de cocaína y alcohol. Rev. Esp. Drogodependencias. Vol. 31, nº 3-4. DGPNSD.

- Beck, A.; Wright, F.D.; Newman, C.F. (2006) Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Ed. Paidós Ibérica.

- Bustelo, M; Ligero, J. y Martínez, M. (2003) Fichas del Maletín Pedagógico. Material docente del "Experto en Evaluación de Programas y Políticas Públicas". Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. UCM.

- Caballero, L. (2005) Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. DGPNSD.

- Camp, R.C. (1998) Global Cases in Benchmarking: Best Practices from Organizations Around the World. ASQ Quality Press.

- De Leon, G. (2004) La Comunidad Terapéutica y las Adicciones. Teoría, modelo y método. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer.

- Comisión Nacional de Evaluación (2006) Informe de Evaluación de las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre en España. APH.

- Comisión Nacional de Evaluación (2007) Informe de Evaluación "Elaboración y ejecución de una sistema de evaluación participativa de los programas de tratamiento para cocainómanos de Proyecto Hombre". APH.

- Damasio, A. (2006) El error de Descartes. Ed. Crítica.

- Dubrosvsky V, Rodríguez Garín E, Rubio E, y colaboradores (1998) Trastornos Psiquiátricos y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Alcmeon Noviembre, 7(3).

- EMCDDA (2007) Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use.

- Ellis, E. (1998) Razón y Emoción en psicoterapia, Ed. Descleé de Brouwer.

- EMCDDA (2001) Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for practitioner.

- EMCDDA (1998) Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators

- Fernández Hermida, J.; Carballo, JL; Secades-Villa R y García-Rodríguez O. (2007) Modelos Teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. Papeles del psicólogo, COP, Enero , número 1 VOL-28.

- EUROPA PRESS (10/10/2008): <http://www.publico.es/ciencias/163495/cocaina/provoca/cuatro/infartos/menores/anos>

- Facundo, A; Rocío Martín Santos, Sergio Abanades León, Magí Farré Albaladejo, Antonio Verdejo García (2007) Neuroimagen y adicción II: correlatos neuroanatómicos y funcionales de la administración aguda, el craving y el consumo crónico de opiáceos, alcohol y cannabis. Revista Española de Drogodependencias. Nº. 4.

- Fernández Mondéjar, E.: Díaz Contreras, R. (2005) Accidentes de tráfico y consumo de drogas. Rev. Proyecto nº 55.

- Kaufman, R. (2004) Planificación Mega: Herramientas prácticas para el éxito organizacional. Valencia. Universitat Jaume I, Traduc. Sonia Agut.

- García Rodríguez, O. et al. (2007) Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. Psicothema, 19(1).

- Goti, E. (2003) Tratamiento del abuso de cocaína. De la C.T. al ambulatorio. Rev. Proyecto, nº 47.

- Kooyman, M. (1996), La Comunidad Terapéutica para drogodependientes: Intimidad, implicación de los padres y éxito del tratamiento, Bilbao, Mensajero.

- López Vega, D.J. Tratamiento Multidimensional (tm) de carácter ambulatorio para adicciones emergentes. PDF en: www.dipucadiz.es/opencms/.../Tratamiento_multidimensional_xTMx_de_carxcter_ambulatorio_para_adicciones_emergentes.pdf -

- López Carmona, G. (2006) Europa frente al fenómeno de las drogas: una aproximación a la normativa europea de drogas. Rev. Esp. Drogodependencias, vol. 31, nº 3-4, DGPNSD

- López Vega, D.J. (2004) Relación Humana y Psicoterapia. Cádiz: CESJE. Proyecto Hombre.

- Malgesini, G. (2003) Criterios para la detección y selección de Buenas Prácticas. Cruz Roja Española.

- NIDA (1998) National Institute on Drug Abuse. NIDA Infofacts, Crack and Cocaine.

- Marlatt, A. y Gordon, J. (1985) Relapse Prevention. Guilford Press, NY.

- Mayor, J. (1989) Formación de Profesionales para la intervención en Drogodependencias, Papeles del Psicólogo, Abril, nº 38.

- NIDA (1994) Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide.

- NIH (2004) National Institute on Drug Abuse. Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings. Pub. No. 05-5726.

- NIH (2004) National Institute on Drug Abuse. Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report, Community Epidemiology Work Group December 2003. Pub. No. 04 5363. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off.

- Observatorio Español sobre Drogas (2007) Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2005-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan Nacional sobre Drogas.

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2006) Informe anual 2006: El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de la Comunidad Europea.

- PEDDRO (2001) Special issue on Drug Abuse and AIDS.

- Royo-Isach, J; Magrané, M; Fernández-Pola, O: Tosco, M (2005) Consumidores de cocaína: del uso recreativo al consumo adictivo. Una propuesta de intervención preventiva y asistencial Atención Primaria 36: 162 – 166.

- Resnick R.B., Resnick E.B. (1984) Cocaine abuse and its treatment. The Psychiatric Clinics of North America. Dec; 7(4).

- UNAIDS (2003) "Best practice models (and case studies) in harm reduction in CEE and NIS countries".

- UN/UNODC (2001) Drug abuse and HIV/AIDS: lessons learned, case studies from Central Asian States and Eastern Europe.

- UNODC (2004) Practical planning and implementation guide.

- UNODC (2002) Contemporary Drug Abuse Treatment. A review of the Evidence Base.

- UNODC (2003) Drug Abuse Treatment and Rehabilitation. A Practical Planning and implementation Guide (2003).

- UNODC (2004) Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessonslearned.

- Verdejo, A. (2007) Neuropsicología en el tratamiento de la dependencia a la cocaína. Revista Proyecto Hombre. Diciembre.

- WHO (1992) Schedules for the assessment of standards of care in substance abuse treatment.

- WHO (1957) Expert Comité on Addiction-Producing Drugs. Seventh Report of The Expert Comité., (WHO Technical Report Series N°.116).

- WHO (1993) Approaches to Treatment of Substance Abuse.

- WHO/UNAIDS (2000) Key elements in HIV/AIDS care and support. A working document.

- WHO (2002) Principles in Treatment and Psychological Support for People living with HIV/AIDS who are Substance Dependent.

# PROYECTO HOMBRE

© ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE
Diciembre 2008

Han colaborado en esta publicación:

COMISIÓN DE COCAÍNA

Sergi Canal

Alejandro Blanco

Cristina Julve

Juan A. Álvarez

Ana Gutiérrez

Modesto Salgado

COMISIÓN DE EVALUACIÓN

Amalia Calvo

Cristina Fdez.-Coll

Antonio Jesús Molina

Estrella Rueda

Félix Rueda

Arantxa Yubero

Emilio López

CENTROS DE PROYECTO HOMBRE

ALICANTE, ASTURIAS, BALEARES, CATALUÑA, JEREZ-CÁDIZ, LEÓN, MADRID, MÁLAGA, MURCIA, VALLADOLID.

DISEÑO DE LA PUBLICACIÓN
Nadia Serrano

FINANCIADO POR:

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS