

I XORNADAS LUSO-GALAICAS DE COMUNIDADES
TERAPÉUTICAS
Encontros internacionais

CONSTRUÍMOS PONTES

ASFEDRC
ALBORADA
ACLAD
CTN-PP

Oviedo
A Coruña
Santiago de Compostela
Vigo
Porto
Españ
Valladolid
Salamanca
Portugal

“Construimos puentes”
14 e 15 de decembro de 2006, Santiago de Compostela

XUNTA DE GALICIA

I XORNADAS LUSO-GALAICAS DE COMUNIDADES
TERAPÉUTICAS
Encontros internacionais

CONSTRUÍMOS PONTE S

ALBORDES

OS ESCRIBES

ANLAGE

MI SAN

Padre
Santiago
de Compostela
Ribeira
Pontevedra
Vigo

"Construimos puentes"
14 e 15 de decembro de 2006, Santiago de Compostela

EDITA

Escola Galega de Administración Sanitaria FEGAS

MAQUETACIÓN

ANDAINA PUBLICIDADE

IMPRESIÓN

Gráficas Anduriña

DEPÓSITO LEGAL

PO 000-2007



PONTES
CONSTRUÍMOS

ÍNDICE

LIMIAR	05
MESA REDONDA I: Culturas e contexto terapéutico	
> Aspectos socio-culturais do abuso de drogas <i>Relator: Julio Machado Vaz</i>	09
> Aproximación á perspectiva terapéutica actual en CT <i>Relator: Domingo Comas Arnau</i>	25
MESA REDONDA II: Mellora da calidade asistencial en CT	
> Calidade e avaliación de procesos terapéuticos <i>Relator: Paulo Machado</i>	29
> Criterios de calidade en comunidade terapéutica <i>Relator: Juan Miguel Llorente del Pozo</i>	49
MESA REDONDA III: Eficacia dos programas e procesos das Comunidades Terapéuticas de Galicia e norte de Portugal	
> Eficacia dos programas e procesos na comunidade terapéutica de Ponte da Pedra <i>Relator: Víctor Silva</i>	65
> Programas e procesos nas comunidades terapéuticas de Galicia <i>Relatora: Ana González López</i>	75
MESA REDONDA IV: Diferentes poboacións, diferentes intervencións	
> CT versus programa residencial: a adaptación constante <i>Relator: Manuel Lloves Moratinos</i>	83
> Papel de educadores en CT: a experiencia portuguesa e galega <i>Relatores: María Helena Silva e Alfonso Tembrás López</i>	105
CARTEIS	113
CONCLUSIÓN	121

LIMIAR

CONSTRUÍMOS
PONTES

CONSTRUÍMOS

PONTES

PROPOSTAS I XORNADAS LUSO-GALAICAS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

- Creación dun grupo de traballo sobre CT transfonteirizo coa finalidade de elaborar un documento marco no que se recollan as recomendacións sobre os estándares dunha CT (estrutura, procesos e resultados).
- Darlle continuidade á celebración das xornadas de traballo entre as CT galegas para procurar un modelo de intervención común.
- O grupo de traballo terá entre as súas funcións a de avaliar e supervisar “in situ”, co apoio da Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, que se está a cumprir co documento marco, as actividades e os protocolos se leven a cabo en cada CT.
- Facer un tríptico ou similar das CT de Galicia a modo de material informativo, para darse a coñecer.
- Elaborar o libro de actas do congreso.
- Propoñer un obradoiro sobre CT no Congreso Luso-Galaico de Drogodependencias.
- Realizar unha xornada anual de traballo entre as CT e as súas UAD de referencia para mellorar a coordinación entre os diferentes servizos.
- Celebración de xornadas sobre CT cunha periodicidade bianual.
- Realizar algunha xornada de traballo entre os profesionais das CT e os dos de Saúde Mental para coordinar servizos que teñan en común os dispositivos.
- Elaboración dunha enquisa sobre percepción das UAD dende as CT.
- Fomentar a publicación de artigos e investigacións sobre as CT entre os profesionais das CT. Podería ser unha revista con carácter anual.

- Coñecemento dos resultados de percepción e satisfacción dos pacientes sobre o tratamento nas CT.
- Elaboración e exposición en cada CT dos dereitos dos pacientes.

Manuel Adame
Manuel Lloves

Comunidade Terapéutica "Alborada"

MESA REDONDA
WAVY BELLOVED

1

CULTURAS E CONTEXTO

TERAPÉUTICO

CONSTRUÍMOS
PONTES

CONSTRUÍMOS

PONTES

ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DO USO DE DROGAS

Relator: Julio Machado Vaz

Nós, os técnicos que trabalhamos na área das Toxicodependências, ouvimos, lemos e debitamos vezes sem conta o neologismo “Bio-psico-social”. Mas no terreno as abordagens ao fenómeno são bem menos multidisciplinares do que o necessário, tanto na prática quotidiana como na conceptualização que a dirige. Esse cocktail de olhares diversos é indispensável à construção dos diferentes níveis de análise requeridos para abarcar realidade tão complexa. Cada um deles acarreta (pelo menos!) um novo modelo explicativo, que completa e não exclui mas exige os outros, como as mil peças irisadas de um vitral. No centro dessa teia de significados, o Self, naturalmente. Porque não sublinhar o seu papel central, e consigo o da liberdade do Sujeito, no início, manutenção e abandono do consumo de substâncias psico-activas, seria entregarmo-nos nas mãos de melancólico determinismo. Com as suas raízes no exterior do indivíduo, manietando-o a partir de características tirânicas de produtos que são inertes até que mão e espírito os procurem. O pressuposto de tal capacidade de auto-determinação, como é óbvio, não faz esquecer o efeito concreto e aditivo das substâncias, os significados que assumem para o Sujeito e os objectivos com que são consumidas. Variáveis que seguramente tornam mais difícil o exercício da liberdade, mas que não podem nem devem justificar a sua negação; e o conseqüente desaguar de técnicos e consumidores num impotente fatalismo que entrega as rédeas do processo ao produto consumido e faz do Sujeito uma vítima indefesa.

Porque falei de objectivos do consumo, saliente-se que são visíveis nos vários contextos em que têm lugar, de resto, muitas vezes sobrepostos:

- 1. Médico.** No sentido clássico ou no registo da auto-medicação, independentemente do estatuto legal das substâncias. Ex. Redução do stress. O uso neste contexto beneficia, em geral, da aceitação em termos sociais.
- 2. Recreativo.** Pelo prazer proporcionado pelos consumos. Ao contrário do anterior, é habitual que seja sujeito a repressão. Variadas substâncias fizeram o trajecto de um contexto para o outro. Com as respectivas conseqüências e sem retorno fácil... Ex. A cannabis.

3. **Social.** Ex. Consumos incluídos en rituais de passagem e inclusión en certos grupos.
4. **Pragmático.** Ex. Utilización das folhas de coca para reducir fadiga ou apetite.
5. **Ritual/religioso.** Ex. O vinho como símbolo do sangue de Cristo.
6. **Dietético.** Por razóns nutritivas, reais ou fantasiadas. Ex. O álcool.

Mas non é legítimo confundir obxectivos a curto prazo e causas profundas do uso e abuso, a nivel individual ou cultural. Na busca de explicacións máis globais e históricas a abordagem evolucionista revestese de indubitable interese. No seu ámbito, a psicología procura explicar as coñicións e comportamentos dos individuos en termos de procesos de selección natural e sexual. A mente humana sería composta por un grande número de mecanismos psicolóxicos que se desenvolveron en medios ancestrais por promoverem a sobrevivencia e o éxito reprodutivo da especie.

Para que tal posición sexa defensábel, é necesario probar que o uso das substancias psicoactivas tería constituído una adaptación biolóxica, primeiro seleccionada e despois mantida. Nessa liña de raciocinio, por exemplo, o alcoholismo reflectiría una conduta que naceu de preferencias inatas polo etanol, o qual assinalaría a presenza de açúcares energéticos. A tais preferencias pasadas – já demostradas en macacos, elefantes e até borboletas! - juntar-se-ía, nos tempos máis recentes, entre outros factores, un acceso virtualmente ilimitado a bebidas alcohólicas, que tornaría o consumo desadaptado primeiro e nocivo despois.

Ao nivel cerebral, as substancias psicoactivas terían contribuído para sensacións de ben-estar, tornando provábel a repetición dos consumos. Actuando de que forma? Sabemos que activan sistemas endógenos de recompensa e contrariarían experiencias aversivas. O circuíto principal en causa liga o córtex frontal, o nucleus accumbens e a área ventral do sistema límbico (constituindo o chamado trajecto mesolímbico de recompensa). Dos varios neurotransmisores involucrados, o máis importante é a dopamina e os efectos das substancias psicoactivas parecen estar relacionados con a súa acción sobre neuróns dopaminérgicos. A cocaína e as anfetaminas, por exemplo, bloqueían a reabsorción da dopamina, enquanto o tetra-hidro-cannabinol faz o mesmo no nucleus accumbens.

As diferenças por género são conhecidas, mas existiria nelas algum valor adaptativo? Os homens tendem a consumir mais substâncias psicoactivas, mesmo levando em conta as diferenças corporais. No que à faixa etária diz respeito, os consumos são mais altos entre os adolescentes e os adultos jovens, bem como nos indivíduos com menos instrução e baixo nível económico. De salientar que um efeito de género oposto se verifica no que às medicações prescritas diz respeito, como salienta a Antropologia Médica, facto relacionado com diferentes papéis de género (o homem que “não precisa” de ajuda bioquímica) mas também com a maior morbilidade presente no sexo feminino (em contraste com a sua menor mortalidade). Parece existir maior tendência inata masculina para comportamentos de risco, embora com um efeito-travão exercido pela progressiva maturação psicológica e o assumir de responsabilidades familiares. Tais comportamentos poderiam, assim, traduzir a necessidade de provar virilidade no contexto da selecção sexual, como Heath (2000) refere na África sub-saariana: o pretendente é levado por familiares masculinos da noiva para episódios de consumo alcoólico que podem durar meses. Por outro lado, Zuckerman (1994) chama a atenção para a importância do mecanismo psicológico da busca de sensações que pode levar a verdadeiros comportamentos ordálicos. Nas escalas que o medem os homens obtêm consistentemente valores mais altos do que as mulheres. Estaríamos, em resumo, na presença de riscos inadaptados que assinalam a persistência de traços produzidos pelas pressões selectivas do passado.

Quanto à passagem do uso ao abuso, ela nunca se teria traduzido por qualquer vantagem selectiva. Provavelmente existe uma discrepância entre a evolução dos nossos mecanismos psicológicos e o meio actual, toxicógeno. Alguns indivíduos poderiam até apresentar um síndrome congénito de deficiência da recompensa (Blum, 1997), sofrendo de uma incapacidade bioquímica para retirar satisfação das actividades quotidianas. O mesmo resultado prático dar-se-ia pela exposição repetida às substâncias psicoactivas, que provocariam uma sensibilização dos sistemas de recompensa, com alteração do limiar de “satisfação”, asserção que nos faz, de imediato, pensar na pergunta angustiada de muitos dos nossos residentes – “serei capaz de um dia curtir um bom concerto sem a cabeça cheia?”.

A tonalidade constitucional dos últimos parágrafos não nos deve cegar para a evidente e sistemática interacção entre cultura e biologia, que nos empurra – nunca é demasiado salientá-lo... - para uma visão integrada do fenómeno das toxicodependências. Que não dispensa a vertente histórica, as substâncias psicoactivas acompanham-nos desde tempos imemoriais. O álcool, por exemplo, sob a forma de cerveja e

vinho, era consumido pelas civilizações egípcia e mesopotâmica há mais de 6.000 anos. No caso do vinho, temos provas da existência de legislação restritiva do consumo já em 1800 A.C. A papoila do ópio cultivava-se na asséptica Suíça também há mais de 6.000 anos, como a cannabis na China, onde foi utilizada como medicação para a gota, o reumatismo, a malária e a fadiga menstrual.

Na Europa o uso do ópio e da cannabis era raro durante a Idade Média, mas o vinho chegou a ser mais consumido do que a água, devido à escassez das fontes. Em 1645 foi aberta a primeira loja de café em Veneza e em 1661 já existiam mais de uma dúzia de estabelecimentos em Londres. O cultivo cresceu exponencialmente com o desenvolvimento colonial e no século XVIII o consumo passou de 2 milhões para 120 milhões de libras. O chá apareceu em Londres em 1658 e tornou-se muito popular entre as mulheres, impedidas de entrarem nas tabernas e nos cafés. O tabaco foi utilizado pelas suas virtudes medicinais em afecções como a asma, as febres, as tosses e as cefaleias. Espalhou-se nos séculos XVI e XVII, de início entre marinheiros e soldados. A Medicina chamou-lhe “erva sagrada” e considerou-o preventiva em relação à Peste (os alunos de Eton eram obrigados a fumar..., sob a ameaça do chicote!). Em 1828 foi isolada a nicotina e apareceram os cigarros. A evolução explosiva do consumo pode ser avaliada pela comparação nos Estados Unidos entre 1900 (54 cigarros em média, por pessoa e por ano) e 1963 (4.000). A coca era utilizada na América do Sul há mais de 2.000 anos. As folhas mascadas diminuían as sensações de fadiga e o apetite e faziam parte de contextos rituais. Só trezentos anos mais tarde despertaram interesse na Europa, pois o princípio activo das folhas degradava-se com a viagem.

Durante centenas de anos, pese embora as preocupações emitidas de quando em vez em relação a algumas substâncias e um ou outro efeito, sobretudo o possível envenenamento, as atitudes típicas da nossa sociedade em relação aos consumos primaram pela ausência. Elas começaram a tomar forma nas primeiras décadas do século XX. Os opiáceos, por exemplo, passaram de medicamentos a substâncias criminalizadas. Em 1914 o Harrison Narcotics Act criminalizava todo o uso e venda de opiáceos e cocaína fora dos canais médicos nos Estados Unidos. Em 1920 a Inglaterra fazia o mesmo, embora ao longo do século XX, e ao contrário da americana, a classe médica inglesa resistisse ao absoluto controlo da profissão pelo legislador. O uso da cannabis, por sua vez, fora criminalizado em 1915.

Em consequência, o perfil do consumidor mudou por volta dos anos 20: às donas de casa, utilizadoras por prescrição médica, substituíram-se

jovens trabalhadores em busca de consumos recreativos. A heroína seria a droga de escolha dos músicos de jazz e das populações urbanas pobres até aos anos sessenta, mas dez a vinte e cinco por cento dos soldados americanos no Vietnam usaram-na. Diga-se, de passagem, que menos de um por cento manteve os consumos depois do regresso, o que coloca em cheque o conceito de dependência como doença e de recuperação assistida obrigatória. (Voltarei ao tema ao longo da exposição, pelo interesse de que se reveste para técnicos sobretudo envolvidos no tratamento como nós.) A famosa Lei Seca vigorara entre Janeiro de 1920 e Dezembro de 1933 e justifica duas linhas por sistematicamente ser utilizada por ambos os lados da barricada quando se esgrimem argumentos sobre o valor das estratégias proibitivas. Parece justo afirmar que o consumo de álcool diminuiu, bem como o número de cirroses. Em contrapartida, aumentou o crime organizado, a adulteração do produto e o consumo de bebidas mais concentradas...

Factores diversos levaram, ao longo do tempo, à escolha de determinadas substâncias e ao aumento do seu consumo. A saber:

1. Farmacológicos – Os efeitos leves do café, chá e tabaco são importantes numa sociedade que preza o auto-controlo, tornando mais provável a sua aceitação social.

2. Tecnológicos – O isolar da cocaína e da morfina, mais tarde a síntese da heroína, com a maior rapidez e potência dos efeitos quando comparados com os dos princípios naturais. A um outro nível, poderei citar a invenção de fósforos seguros e da máquina Bonsack, que permitiu elevar a produção de cigarros de 3.000 por dia para 120.000. Recentemente o aparecimento de outras drogas sintéticas e de substâncias ainda mais concentradas e potentes, como o crack.

3. Disponibilidade – As restrições do abastecimento tendem a reduzir a prevalência, mas podem aumentar os danos relacionados com o uso. Exemplo russo: mais de 10.000 russos morreram num ano por envenenamentos relacionados com o álcool depois das restrições decretadas em 1985.

4. Factores económicos e políticos - As relações entre colonialismo, mercantilismo e produtos lícitos. Os governos das potências coloniais, precisando desesperadamente de dinheiro numa época de expansão militar e administrativa, não hesitaram em taxar determinados produtos e em aplicar regras diferentes das suas a outros, como a política da canhoneira levada a cabo pela Inglaterra na China bem demonstrou.

5. Legislação – As medidas punitivas têm efeitos diminutos ao nível do consumo. Segundo MacCoun e Reuter (2001), tal relação dependeria da severidade da lei, da celeridade da sua aplicação e da certeza de ser incriminado. Ora um utilizador regular de cannabis nos Estados Unidos tem uma probabilidade anual de ser apanhado de cerca de 3% e negligenciável para o uso ocasional.

6. Factores sociais – Os avisos médicos e científicos foram eficazes na diminuição do consumo de certas drogas, como o tabaco. Mas os pâniscos morais são provocados por razões bem pouco rigorosas e as substâncias psicoactivas têm sido utilizadas para os provocar sem qualquer réstia de pudor. O ópio fumado foi criminalizado nos Estados Unidos antes das outras formas de consumo por preconceitos relativos à comunidade chinesa, enquanto as proibições da cannabis e da cocaína estiveram ligadas às atitudes para com mexicanos e afro-americanos. A realidade é que o valor simbólico das substâncias psicoactivas transcende em muito as suas propriedades farmacológicas, e se no passado não fazia sentido prender consumidores por receita médica legal, perseguir junkies demonizados que arrumam carros pode traduzir-se em votos e falso sentimento de segurança.

O que nos leva direitinhos à problemática da discriminação, apoiada em vários factores e racionalizações. Uma das primeiras armadilhas a evitar é o recurso ao conceito de raça, baseado em caracteres físicos e gerador dos maiores equívocos.

Bem mais útil e operacional é o de etnia, que se refere a populações que possuem uma história cultural partilhada por indivíduos que, em geral, também partilham a ascendência. Debruçar-me-ei sobre um exemplo da importância dos estudos de campo nesta matéria: quando se comparam os dados referentes aos Estados Unidos, chega-se à conclusão de que existe uma sobre-representação de hispânicos e afro-americanos no recurso aos serviços de urgência e no número de mortes relacionadas com os consumos. Os números do ano 2000 são elucidativos: 174.896 emergências relacionadas com a cocaína, com 43,39% de afro-americanos, 34,2% de caucasianos e 13,56% de hispânicos. Ora os afro-americanos constituem menos de 12% da população e a sua prevalência de vida para consumo de cocaína e crack é mesmo ligeiramente inferior à dos caucasianos. Acresce ser mais provável a prisão de membros dessa etnia, e com aplicação de penas mais longas. Na realidade, mais de 2/3 das entradas em prisões por crimes relacionados com drogas em 1994 eram de afro-americanos, o que não acontecia com a embriaguez ou condução sob o efeito do álcool. Quais os mecanismos envolvidos?

Estamos no reino do que se convencionou apelar de “experiência minoritária”. Os grupos étnicos minoritários estão em desvantagem aos níveis da educação, emprego, orçamento, stress social, saúde e mortalidade. Porque têm pouco acesso ao circuito de cuidados de saúde básicos, essas minorias acorrem aos serviços de urgência. Por outro lado, o uso de substâncias psicoactivas é frequentemente uma estratégia de coping para lidar com o stress, por exemplo, bloqueando afectos negativos. Quanto às penas aplicadas, é de salientar que os afro-americanos consomem mais crack do que os caucasianos. Nos Estados Unidos, não só um grama de crack é equivalente em termos legais a 100 gramas de cocaína em pó, como, a partir de 1984, cinco gramas de crack passaram a equivaler a cinco anos de cadeia...

Singer (2000) operacionalizou o conceito de “doença de opressão”, aplicando-a, nomeadamente, aos porto-riquenhos, população que, tanto em Porto Rico como nos Estados Unidos, apresenta uma percentagem de utilizadores de substâncias psicoactivas por via endovenosa muito superior à média americana.

Tal facto é relacionado com diversas variáveis culturais: o estatuto híbrido de Porto Rico (estado livre associado aos Estados Unidos que recusou em referendo a independência plena), que provocaria uma espécie de instabilidade psíquica e social “institucionalizada”; os fenómenos migratórios para as cidades (em Porto Rico ou nos Estados Unidos) de pessoas que perderam as suas terras, com a conseqüente perda de redes de apoio e baixa de auto-estima; a internalização de estereótipos sociais negativos, típica de situações da já chamada psicologia dos oprimidos; a constelação sintomática a que a psiquiatria chama síndrome porto-riquenho, com somatizações em geral e crises de ataques de nervos em particular. Se acrescentarmos a tudo isto a instalação em Porto Rico, de há muitos anos para cá, de boa parte das grandes companhias farmacêuticas americanas por razões fiscais, companhias essas que martelam a população com um discurso de “salvação química” para todos os males, torna-se mais fácil perceber – ou, pelo menos intuir... - por que é este o grupo étnico que mais utiliza os serviços de saúde e confia na “terapia” das substâncias psicoactivas injectadas, com o seu efeito mais rápido e potente.

Straussner (2001) debruça-se também sobre as questões etno-culturais no seu livro *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*, mas visando a melhor preparação dos profissionais que acolhem os toxicodependentes.

A autora salienta algumas áreas preferenciais de actuación:

1. Melhorar a competencia etno-cultural – Ou seja, aumentar a capacidade do clínico – ou outro tipo de interviniente em toxicodependências - para funcionar com eficacia no contexto das diferenzas etno-culturais, através do reconhecemento e aceptazón das diferenzas, da adaptación das institucións e da formación das equipas.

Para iso é preciso permanecer atento a diversos aspectos da realidade dos consumidores e das súas familias:

- _Étnicos e relixiosos.
- _Situacións de preconceito e discriminación.
- _Migracións.
- _Fenómenos de aculturación.
- _Linguagem.
- _Nível educacional.
- _Estatuto sócio-económico.
- _Estrutura e papeis familiares.
- _Efeitos de Género.
- _Psicopatoloxía (co-morbilidade).

Contra-transferencia cultural por parte da equipa.

Uma vez máis se exige cautela. O facto de sublinharmos a dimensión etno-cultural do consumo de substancias psicoactivas non significa que ignoremos os aspectos biolóxicos: Nunca é de máis repetilo: estamos en presenza de interaccións. Un bom exemplo é dado polos traballos de investigación sobre a influencia dos factores xenéticos. McGue (1999) estudou os genes que comandan a ALDH, enzima que desempeña un papel importante no metabolismo do álcool. A presenza de un determinado alelo (ALDH*2) parece ser protectora, por provocar reaccións desagradábeis ao consumo, como náusea, palpacións e suor. Ese alelo é quase inexistente nos caucásicos e africanos, mas surge en cerca de 50% de asiáticos. En caso de homocigotía para tal gene o risco é practicamente nulo, mas o efecto protector diminuí ao longo do tempo, como se verificou no Xapón - à medida que a aceptación do álcool é maior, o individuo ignora os efectos desagradábeis por privilexiar o contexto social.

Tais estudos demostran a influencia de crencas e expectativas, elas asumen tanta importancia como os procesos fisiolóxicos, basta recordarmos as experiencias efectuadas con placebos descritos como

alucinogénios aos sujeitos investigados. Associada às crenças e expectativas surgem os fenómenos de aprendizagem social: atentemos ao caso dos nativos norte-americanos, que foram confrontados com modelos de consumo de álcool ditos de “fronteira”, que se traduziam por sistemáticos comportamentos de embriaguez e violência de mineiros, soldados e vaqueiros, provocando um típico efeito de modelação.

Na realidade, a perspectiva etno-cultural deve permear todas as vertentes da abordagem das toxicodependências. A prevenção, desde logo, terá de lançar mão a metodologias variadas conforme as populações a que se dirige. Em termos gerais, podemos dizer que o simples aumento de conhecimentos é pouco eficaz, ao contrário do desenvolvimento de competências sociais culturalmente enquadradas. A grupos específicos devem corresponder acentos tónicos em áreas específicas, como a pobreza e a discriminação. Por outro lado, não é realista aspirar a que todos os indivíduos abordados renunciem à experimentação, nesta como noutras áreas, sabendo como sabemos ser ela parte do crescimento normal. A aceitação do facto sublinha a premência da inclusão de uma vertente de redução de danos nas estratégias a implementar.

Darei um exemplo de estudo etnográfico com evidentes implicações práticas. Kirke (2006) abordou uma comunidade irlandesa da classe trabalhadora (2500 pessoas) com altos níveis de desemprego e homogénea para variáveis como a residência e a religião. Todas as famílias com adolescentes entre os 14 e os 18 anos (400 indivíduos) foram estudadas. A abordagem teórica era a das reacções em cadeia e o objecto de estudo a influência dos pares, através dos mecanismos de selecção de grupo e pressão por parte do mesmo. Em geral formava-se uma díade, que funcionava como porta de entrada no grupo mais alargado. O par seleccionado tornava-se importante pela sua posição no grupo, que podia ser central, periférica ou não utilizadora. Verificou-se que era mais frequente a combinação dos mecanismos de selecção e pressão de grupo, mas podia existir apenas um, ou nenhum dos dois. Outras vezes tinha existido pressão dos pares, mas não dos actuais. Os adolescentes escolhiam-nos quase exclusivamente ao longo de linhas de género: os rapazes juntavam-se em grupos maiores e mais densos, enquanto as raparigas formavam grupos menores e menos densos, com muitas díades envolvidas. É importante notar que os laços entre pares não se quebravam por uns utilizarem substâncias psicoactivas e outros não, a influência existia, mas permitindo que a liberdade individual pudesse ser exercida. O interesse das conclusões é inegável, por negarem explicações mutuamente exclusivas para a entrada no grupo, relações lineares do tipo causa-efeito para os con-

sumos e a homogeneização obrigatória das práticas grupais, além de sublinharem diferenças de género. Só a partir deste tipo de estudos etnográficos se poderão planear intervenções que fujam à generalização que tem o seu lugar no telejornal das oito ou nos discursos dos políticos, mas não na prática dos especialistas.

Ao nível da relação entre factores etno-culturais e tratamento, poderia referir o receio de envergonhar a família em sociedades que privilegiam os egos familiares, como a japonesa tradicional. Certas minorias nos Estados Unidos sentem os programas de metadona como mecanismos de controlo social e não terapêuticos, baseadas em experiências discriminatórias passadas. Nestas como noutras situações é necessário elaborar um modelo explicativo individual de abuso e promover mesmo uma verdadeira “recuperação cultural”, caso exista qualquer forma de opressão e marginalização. Maior importância deverá ser dada às recuperações “naturais”, ou seja, sem ajuda técnica. Estes (numerosos) casos põem em cheque a teoria da doença crónica e parecem estar relacionados com o passar dos anos e o assumir de responsabilidades materiais e afectivas, num verdadeiro processo de “maturing out”. Um melhor conhecimento dos factores sociais e recursos psicológicos envolvidos será precioso para melhorar a qualidade da nossa intervenção.

Abordarei, por último, as políticas de redução de danos, baseadas na constatação de que a erradicação total dos consumos é utópica e que vêm constituindo uma alternativa aos modelos médico/doença e moral/crime. Anne Coppel, no seu livro *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, salienta que tais práticas antecederam o debate ideológico e teórico, substituindo o reinado da Medicina (século XIX) e das Polícias (século XX). Na realidade, a redução de danos representa um novo paradigma, apenas aceite à contre-coeur, sob a pressão do VIH e de acusações de laxismo. Traduz-se, basicamente, por ações de proximidade e tratamentos de substituição. Os números sobre os toxicodependentes não mentem: em 1994 houve 1.037 mortes por Sida em França contra apenas 267 em 1997; hoje em dia os toxicodependentes são 14% dos contaminados, contra 20% em 1992; entre 1994 e 1999 houve uma baixa de 79% nas overdoses mortais.

Em consequência, a redução de danos foi adoptada por muita gente com intuítos vários. Passou a ser o complemento suportado - ou exibido... - pelo proibicionismo inteligente e a primeira brecha esperançosa no edifício proibicionista por parte dos que a ele se opõem.

Mas as novas drogas sintéticas colocam desafios que também não dispensam as estratégias de redução de danos. Em Portugal, Mestre Victor Silva estudou os três principais tipos de música electrónica (Trance, House e Techno) e procurou caracterizar os seus grupos de adeptos. Eis algumas das suas conclusões:

1. Techno – Predominavam indivíduos das classes sociais mais desfavorecidas, com baixo nível de escolaridade e frequentemente desempregados. Quase todos eram do sexo masculino e utilizavam a música para descarregar agressividade. No que às substâncias diz respeito, predominava o policonsumo (ecstasy, cocaína, álcool e cannabis). Consumos de 10 a 12 pastilhas por festa, sendo umas para a cabeça e outras para o corpo (MDMA e anfetaminas, respectivamente). Em geral os indivíduos conheciam as sequelas possíveis e algumas precauções eram tomadas: beber água, não misturar álcool e espaçar o consumo. Ninguém referiu ter tido qualquer tipo de informação estruturada...

2. House – População mais heterogénea quanto à idade e classe social. Tendência para a classe média-alta. O valor primário era a sensualidade. A música bebia muito da soul e do disco-sound. Muita gente da área da moda e ligações à cultura gay. Também aqui predominava o policonsumo (cannabis, álcool, ecstasy e cocaína), mas a preferência pela última era clara. Não se fazia referência a heroína, LSD ou cogumelos mágicos. A base fumada estava ligada a um imaginário de rua e arrumadores de carros, pelo que se privilegiava o “snifar” de cloridrato de cocaína. As representações sociais ligadas ao produto eram o sucesso e a criatividade.

3. Trance – Classe média, muitos estudantes universitários, nível cultural elevado. Assumidamente neo-hippie, preconizando a defesa da Natureza. Por vezes tonalidades anárquicas. Rejeição do capitalismo e ligações à espiritualidade oriental. As festas são ao ar livre, afastadas dos grandes centros. Zona de dança e de chill out (que permite a conversa). Música mais calma. Mais uma vez policonsumo, com preferência pelo LSD e cogumelos mágicos. Algum álcool e a inevitável cannabis. O desejo de alteração da consciência era claro, os consumos espaçados e em geral existiam iniciadores ao consumo, apelidados de sitters.

A cannabis era um denominador comum. O autor preconiza que estamos a testemunhar a passagem do junkie de heroína para o junkie de fim-de-semana, com consumos potencialmente perigosos por altos. E contudo, ainda mais do que noutras populações, a mensagem estereo-

tipada do “não às drogas” jamais funcionará, pois os membros destas populações nem sequer se vêem como consumidores problemáticos.

Será legítimo falar da existência de verdadeiras sub-culturas? Implicará necessariamente tal conceito o confronto com a sociedade mais alargada? Shaw (2002), no seu livro *Substance Use and Abuse, Sociological Perspectives*, refere as diversas abordagens sociológicas do uso e abuso de drogas. Uma delas é a das sub-culturas. Nesse capítulo diz que os consumidores desenvolvem redes de obtenção do produto; partilham rituais, técnicas e sentimentos; participam em actividades propiciadas pelo consumo e lidam com os problemas inerentes; possuem uma linguagem própria e regras definidas nos seus contactos com o meio envolvente; partilham racionalizações, etc... A sub-cultura é definida a partir da organização prática e simbólica do grupo, muito mais do que ideológica. Mestre Víctor Silva, por seu turno, depois de uma revisão dos conceitos das Escolas de Chicago e Birmingham, avança a opinião de que o Techno e o Trance configuram claramente sub-culturas, mas expressa muitas dúvidas em relação ao House, visto como partilhando a “ideologia” da sociedade em geral. Devo dizer que partilho em absoluto o seu ponto de vista.

Por último, debruçar-me-ei sobre um exemplo de análise dos discursos dos intervenientes em toxicoddependência e respectivos corolários, para demonstrar como as diferentes conceptualizações do fenómeno se entrelaçam mais do que opõem com clareza. A nossa incapacidade de ver claro nesse emaranhado de murmúrios e gritos pode comprometer as nossas práticas, sobretudo porque as influências que sofremos nem sempre permanecem ao nível consciente, inquinando a contra-transferência cultural, já referida.

Patrick Peretti-Watel, no seu livro *Cannabis, Ecstasy: Du Stigmate au Déni. Les deux morales des usagers récréatifs de drogues illicites* (2005), parte de um pressuposto: a necessidade por parte do senso comum de acreditar na desumanidade essencial dos toxicoddependentes. A ele, contrapõe o autor um outro: o utilizador permanece um “ser moral”, dotado de faculdade de julgamento e de distância em relação a si próprio. A sua análise cobre os discursos de três grupos sociais: a comunidade científica, os chamados “empreiteiros de moral” e os utilizadores.

1. Discurso científico – Privilegia os números e tem enorme dificuldade em fechar as controvérsias e estabilizar o saber. Há uma explosão de etiquetas “de risco” e uma tendência para negar as componentes sociais dos comportamentos humanos, pondo a tónica sobre a quími-

ca cerebral. O discurso é aproveitado pelos empreiteiros de moral para desenhar um retrato dos utilizadores – sobretudo os adolescentes - como enfermos acorrentados ao seu vício, logo, sem qualquer autonomia. De notar que o discurso sobre o risco não é neutro e não se confina ao campo das drogas, a medicina ocidental, para alguns herdeira laica do poder da tradição judaico-cristã, desenvolveu um discurso moral sobre a saúde que nos torna responsáveis pela doença desenvolvermos estilos de vida não saudáveis. As consequências para a prática clínica dessa conceptualização não cabem neste texto, mas é de salientar que o discurso culpabilizador do doente aumenta o número dos drop-outs.

2. O discurso dos empreiteiros de moral é alarmista e largamente mediatizado, estigmatiza o uso e reclama a sua erradicação, com especial vigor depois do pânico moral provocado pela banalização da cannabis e o aparecimento e difusão do ecstasy. Cultiva a estereotipia dos jovens, o exagero dos factos e a profecia de perda de controlo que conduz à incapacidade de distinguir o bem do mal. Tenta tornar em problema público o que na óptica dos utilizadores releva das suas vidas privadas.

3. O discurso dos utilizadores contradiz o anterior e procura restringir o uso à esfera privada. Caracteriza-se pela negação dos riscos e pela associação do discurso estereotipado e estigmatizante quase exclusivamente ao heroinómano, do qual os utilizadores se dissociam, rejeitando a tese da escalada. Sublinham a capacidade para controlar os consumos, assim provando a sua autonomia como Sujeitos. Recusam muitas vezes a distinção entre produtos legais e ilegais, ao sublinharem os riscos dos produtos legais. Esta negação alimenta-se do estigma, é o seu inverso.

Todos estes discursos se centram nas substâncias e não nos consumos, uns diabolizando-as e outros minimizando-as, ao lançar o estigma sobre as drogas duras. Em consequência disso, por exemplo, o risco do consumo “duro” de “drogas leves” passa despercebido. Sabemos que os consumos se prolongam para lá da adolescência, pelo que a hipótese da desumanização essencial dos utilizadores se torna ainda mais aberrante. Em termos preventivos, o discurso científico, ao abordar as consequências de drogas como a cannabis e o ecstasy, terá de se demarcar do segregado pelos empreendedores de moral, sob pena de ser ignorado. Por ser indispensável desmontar os discursos de negação e as suas consequências (resistência e reactividade por parte dos grupos-alvo), é impensável entregar a prevenção a amadores. Além disso a visão do problema terá de ser global, encarando as suas

vertentes políticas, de saúde pública, legais e culturais. Espero ter contribuído un pouco para tal reflexión, que, para além de inevitável em termos de eficácia, contribuirá para diminuir o risco de paulatinamente nos fecharmos ao mundo que rodeia as nossas comunidades terapêuticas. Porque elas são, antes de mais, valências dedicadas à recuperação de cidadãos, para que possam regressar ao mundo exterior; e não nichos ecológicos habitados por detentores da verdade orgulhosamente sós.

•Este texto segue a exposição feita por Russil Durant e Jo Thakker no seu livro *Substance Use and Abuse, Cultural and Historical Perspectives*, Sage, 2003.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL:

- Coppel, Anne – *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la reduction des risques*, La Découverte, 2002.
- Kirke, Deirdre M. – *Teenagers ans substance use*, Palgrave, 2006.
- Peretti-Watel, Patrick – *Cannabis, Ecstasy: Du Stigmate au Déni, les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites*, L'Harmattan, 2005.
- Shaw, Victor N. – *Substance Use and Abuse, Sociological Perspectives*, Praeger, 2002.
- Silva, Victor A. – *Trance, House e Tecno. Espiritualidade, Sensualidade e Energia*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia do Porto, 2004.
- Straussner, Shulamith Lala Ashenberg – *Ethnocultural Factors in Substance Abuse Treatment*, Guilford, 2001.

APROXIMACIÓN Á PERSPECTIVA TERAPÉUTICA ACTUAL EN CT

Relator: Domingo Comas Arnau

LOS PROGRAMAS RESIDENCIALES

> Elementos definitorios de las CT

- _Marco físico
- _Sistema microsocia
- _Tratamiento profesional
- _Principio de “continuidad terapéutica”

> Aspectos que no deberían modificarse en las CT

- _Carácter residencial
- _Fuerza de grupo
- _Abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo

DESVENTAJAS DE LAS CT vs. ALTERNATIVAS

.Convivencia solo entre toxicómanos: desencadenante mutuo de consumo.	.Convivencia con otras adicciones y patologías mentales: imagen diferente de su problemática
.Simplicidad de la vida en CT: no se plantean problemas relevantes de la vida cotidiana, existe cierta “infantilización”.	.Mayor validez externa de las CT: actividades más adaptadas a la realidad.
.Estancias demasiado largas: problemas de hospitalización (pasividad y apatía).	.Duración en el programa según criterios de “mejora de conducta”: responsabilización en su proceso de cambio.
.Escasa conexión entre la CT y la UAD de referencia: dificultad de dar continuidad a lo trabajado en CT.	.Mayor acoplamiento con programas de rehabilitación ambulatorios: mayor probabilidad de reinserción.

NUEVAS TIPOLOGÍAS DE TRATAMIENTO EN LAS CT

- > No necesitan modificaciones en el programa
 - _Cumplimientos alternativos a la privación de libertad
 - _Transeúntes (*Homeless*)
 - _Población adulta >35-40 años (Heroinómanos)
- > Necesitan modificaciones en el programa
 - _Consumidores de drogas de síntesis y psicoestimulantes
 - _Menores
 - _Reingresos –Usuarios que rotan por los servicios
 - _Programas de agonistas opiáceos
 - _Diagnósticos duales
 - _Daño cerebral

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE LAS CCTT

- > Déficits cognitivos
 - _DCL: alteración de la memoria episódica y semántica, déficit de funciones ejecutivas, déficit de atención.
- > Trastornos psicopatológicos:
 - _TOC, TDAH, TP, P. Dual,...
- > Escasa conciencia del déficit
 - _Falta de motivación hacia el tratamiento
 - _Conductas de riesgo
 - _Expectativas inadecuadas
 - _Nula implicación en el tratamiento
 - _Pobre participación en las actividades
 - _Atribución externa, tanto de éxitos como de fracasos

LA PATOLOGÍA DUAL EN LAS CT: CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA

- > Alteraciones cognitivas
 - _Ejecutivas

- _De atención
- _De memoria

- > Alteraciones de la conciencia sobre las propias capacidades
- > Aprendizaje disfuncional o pérdida de aprendizaje social
- > Alteración de la cognición social
- > Alteración de otros procesos moduladores de la conducta

- _Pérdida de iniciativa - APATÍA
- _Inhibición de respuesta

LA PATOLOGÍA DUAL Y EL TRATAMIENTO EN LAS CT: COMPLICACIONES

- > **Deterioro cognitivo crónico** secundario al consumo de sustancias

- _Disminución de la memoria a corto plazo
- _Alteración de la **atención y la concentración**
- _Alteración de la **regulación del afecto**
- _Alteración de la **abstracción lógica**
- _Alteración de la **introspección y la comprensión**

Estas alteraciones interfieren con la capacidad de seguir los grupos y puede interpretarse, de manera errónea, como **desinterés**.

La incapacidad de comprender o reflexionar sobre su comportamiento puede interpretarse como **falta de motivación**.

La dificultad para tolerar la **estimulación emocional** y los **límites impuestos** puede producir **ataques de ira** y consecuentemente la **expulsión del centro**.

LA IMPORTANCIA DE LOS REPERTORIOS BÁSICOS

Los problemas que aparecen durante el tratamiento de los consumidores de sustancias deben considerarse no únicamente como indicadores de la posible existencia de alteraciones psiquiátricas, sino también de **lesiones neurológicas**.

Entrenamos en resolución de problemas, detección de SAR, estrategias de “coping” frente al EVA a sujetos afectados probablemente a nivel neuropsicológico.

¿No deberíamos iniciar los programas con un entrenamiento en **reper- torios básicos** de cara a una mejora de la atención y de las funciones ejecutivas?

PROBLEMÁTICA SANITARIA EN CT

- > Consumidores de cocaína
 - _ Secuelas de la interacción cocaína + alcohol (cocaetileno)
 - _ Abstinencia “fase 2”-media y tardía (Gawin y Kleber, 86)
- > Mayor índice de patología dual
- > Incremento de crisis agudas en el internamiento
 - _ Ataques de ira
 - _ “Panic attacks”
- > Trastornos severos del sueño
- > Aparición de deterioro cognitivo de tipo crónico / DCL

MESA REDONDA **2**
WAVY BELOW

MELLORA DA CALIDADE

ASISTENCIAL EN CT

CONSTRUÍMOS **PONTES**

CONSTRUÍMOS

PONTES

CALIDADE E AVALIAÇÃO DE PROCESSOS TERAPÉUTICOS

Monitorização dos Resultados Terapêuticos no contexto de Tratamento das Toxicodependências: Resultados preliminares de um estudo piloto em Portugal

Relator: Paulo Machado

RESUMO

A proliferação de abordagens terapêuticas tem fornecido pouca evidência empírica sobre a eficácia de tais intervenções nos contextos clínicos, para além dos relatos dos clínicos e pacientes. O presente artigo apresenta um projecto de investigação que procura monitorizar os resultados e a gestão das intervenções psicoterapêuticas numa unidade de tratamento de toxicodependências – o CAT Oriental do Porto. Este projecto rege-se por dois objectivos centrais: (1) realização de avaliação “naturalista” dos procedimentos de tratamento em saúde mental, tal como são implementados no contexto de tratamento; (2) criação de um instrumento (software para gestão clínica) que torne acessíveis os resultados da investigação aos clínicos. Assim, o projecto procura fornecer uma base empírica para a tomada de decisão clínica e validar empiricamente os procedimentos psicoterapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: toxicodependências, psicoterapia, saúde mental, resultados, tratamento baseado empiricamente.

ABSTRACT

The proliferation of psychotherapeutic approaches have provided little evidence, apart from the client and clinician testimonials, to demonstrate the effectiveness of such interventions in clinical settings. The present paper presents a research project that monitors the outcome and service management in psychotherapy in a drug addiction unit – CAT Oriental of Porto. This project has two general aims: (1) undergoing a “naturalistic” evaluation of mental health treatment procedures as they are implemented in the treatment setting; (2) create a tool (computer clinical management software) for making research data available for clinicians. Thus, the project aims setting the base for empirically based clinical decision-making and evidence based treatment delivery.

KEYWORDS: drug addiction, psychotherapy; mental health; outcome; evidence-based treatment.

> **Introducción**

Os comportamentos de uso, abuso e dependencia de drogas têm-se tornado num dos principais problemas de saúde pública nos países occidentais. As toxicodependências são responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade, das taxas de prevalência de patologías médicas crónicas, sub-agudas e agudas, nomeadamente de natureza infecciosa ou pós-traumática (p.ex., sequelas de accidentes de traballo ou viaçã), e causadoras de situacións de lesión ou incapacidade asociadas, directa ou indirectamente, ao consumo abusivo e à dependencia de drogas (Frischer et al., 1993).

Em Portugal a implementación de servizos especializados no tratamento de toxicodependentes remonta a meados dos anos 70 do século pasado, entã sob a égide do Ministério da Justiça. A partir do final da década de 80 o dispositivo terapêutico especializado passa a ser gerido polo Ministério da Saúde, dando lugar a um modelo institucional centrado numa estrutura vertical, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT). Este modelo institucional tem sido mantido, apesar dos ajustamentos operacionais que têm sido efectuados, numa tentativa de dar resposta às exigências terapêuticas colocadas quer polo envelhecimento, e conseqüente deterioração física, mental e social, da tradicional população de heroíno-dependentes utentes do dispositivo especializado, quer pela modificação dos padrões de consumo dos toxicodependentes mais jovens (utilização crescente da cocaína, álcool, MDMA e benzodiazepinas, não raro em policonsumo).

Seja como for, os dados fornecidos polo relatório anual de 2002 do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) dão conta da existência de cerca de 32000 utentes inscritos nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) distribuídos por todo o território nacional. Cerca de metade destes utentes encontram-se em programas de substituição opiácea, embora muitos deles beneficiem de outros tipos de tratamento e acompanhamento psicossocial, incluindo intervenções psicoterapêuticas de diversas orientações teóricas (IDT, 2002).

Refira-se que em Portugal são ainda relativamente escassos os estudos centrados na avaliação dos resultados, e sobretudo na avaliação da gestão dos processos terapêuticos, no tratamento dos consumidores problemáticos de drogas. Tal avaliação afigura-se, no entanto, importante já que possibilita caracterizar aspectos como os padrões de consumo de drogas e eventuais mudanças susceptíveis de ocorrer nesses padrões ao longo do tempo e induzidos pelos vários tratamentos.

Tradicionalmente a investigação em psicoterapia tem-se preocupado em demonstrar a eficácia dos procedimentos de tratamento aplicados às diversas perturbações. Nomeadamente, a investigação procura demonstrar em que medida é que a psicoterapia é mais eficaz do que o não tratamento e/ou qual a abordagem psicoterapêutica que se revela mais eficiente para um determinado paciente ou perturbação. Neste sentido, um grande número de estudos psicoterapêuticos, principalmente focados nos resultados, têm demonstrado que os sujeitos podem alcançar mudanças significativas com a ajuda de profissionais devidamente treinados (Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986; Smith, Glass, & Miller, 1980). Porém, estes estudos sobre os resultados terapêuticos apresentam-se muito parcos em relação à forma como as pessoas mudam com o decurso da psicoterapia (Rice & Greenberg, 1984).

Por outro lado, numerosas investigações demonstraram que as pessoas podem modificar os seus comportamentos problemáticos sem uma intervenção terapêutica formal (Marlatt, Baer, Donovan, & Divlahan, 1988; Schachter, 1982; Shapiro et al., 1984; Verhoff, Douvan, & Kulka, 1981a, 1981b). Estes estudos, tal como os anteriores, também nos fornecem muito poucas informações sobre os aspectos que levam as pessoas mudarem por elas próprias. E isto, apesar de alguns métodos de tratamento terem demonstrado, de um modo consistente, sucessos terapêuticos para o alcoolismo e outros comportamentos de dependência (Miller & Hester, 1980, 1986).

Os estudos sobre os processos de auto-mudança encontram, de uma forma análoga, sucessos no abuso de álcool, tabagismo, obesidade, consumo de opiáceos e comportamentos de dependência (Cohen et al., 1989; Orford, 1985; Roizen, Cahaland, & Shanks, 1978; Schachter, 1982; Tuchfeld, 1981). Estes estudos demonstram que a modificação intencional de comportamentos de dependência ocorre tanto com ou sem a assistência de profissionais.

Refira-se, contudo, que esta investigação terapêutica na área do abuso e da dependência de substâncias psicoativas tem sido pautada pela avaliação da eficácia, e, em alguns estudos, da eficiência psicoterapêutica, das diferentes modalidades de tratamento integrado (sobretudo de orientação cognitivo-comportamental e sistémica) conduzidos junto dos pacientes seguidos em cuidados ambulatoriais (consulta externa de serviços especializados), em centros de pós-cura ou em Comunidade Terapêutica.

A eficiência destes tratamentos, que inclui frequentemente a determinação do seu coeficiente custo/benefício, é então medida pelos re-

sultados da análise de variáveis, tais como: retenção em tratamento; prevenção da recaída e/ou manutenção da abstinência; melhoria nos comportamentos de adaptação social; competências de coping; percepção da auto-eficácia; percepção do bem-estar individual; grau de satisfação individual com o tratamento (Carrol, 1997, Brown et al., 2002, Prendergast et al. 2002, Ritsher, Moos & Finney 2002, McKay et al., 2002, Carroll & Rounsaville, 2003).

Atendendo à importância das situações de duplo diagnóstico (dual diagnosis) ou de comorbilidade nestes pacientes (em particular, com as perturbações da personalidade borderline, anti-social e narcísica, com a doença depressiva e outras perturbações afectivas, e com a psicose), alguns estudos avaliam os resultados dos ajustamentos farmacológicos e das modalidades de seguimento psicoterapêutico a que o tratamento destes doentes obriga (Miller & Guttman, 1997, Mc Hugo et al., 1999, Linehan et al., 2002).

Assim, grande parte dos estudos psicoterapêuticos tem-se focado no paradigma de avaliação pré-teste/pós-teste, no qual os pacientes são avaliados antes de iniciarem o tratamento e após esse mesmo tratamento. Embora esta visão providencie informações fulcrais sobre a adequação de um tratamento e/ou do terapeuta a uma patologia e/ou paciente específicos e permita uma melhor adequação terapêutica em intervenções futuras, ela tem pouco impacto sobre o paciente do qual a informação é obtida.

Nesse sentido, tem havido nos últimos anos um crescente interesse da investigação psicoterapêutica em identificar combinações adequadas entre os pacientes e os factores de tratamento que incrementem a efectividade terapêutica (Beutler, 1991; Blatt & Felsen, 1993; Dance & Neufeld, 1988). Este tipo de estudos requer uma sofisticação do desenho do estudo, dos métodos de avaliação das variáveis e das teorias, de forma a possibilitar a adequação tratamento-paciente (Shoham-Salomon & Hannah, 1991; Smith & Sechrest, 1991). Para além disso, foram propostos mais recentemente alguns métodos para ultrapassar as limitações das avaliações pré/pós-teste, as quais têm sido bastante criticadas. Para Persons (1991), estes estudos não reproduzem a realidade dos tratamentos tal como eles são efectuados nos contextos clínicos.

Para além disso, subjacentes a esta abordagem da investigação estão pressupostos que não reflectem a riqueza e complexidade do contexto psicoterapêutico (Machado, 1994). Assim, o progresso do paciente passa a ser monitorizado ao longo do seu tratamento e comparado

com o seu padrão de mudança prevista. Este padrão é derivado a partir da experiência prévia com pacientes semelhantes, isto é, com semelhanças em termos de graus de intensidade, níveis de funcionamento psicossocial, severidade dos sintomas, etc.

Esta abordagem comporta duas vantagens. A primeira, é que a investigação sobre eficiência psicoterapêutica é conduzida sobre os procedimentos terapêuticos, tal como eles ocorrem nos contextos “reais” e com pacientes “reais”. A segunda, é a possibilidade de providenciar feedback aos pacientes por modo a facultar-lhes o melhor tratamento, dadas as suas características, e ainda, a possibilidade de monitorizar o progresso do tratamento, ajustando-o acaso as condições assim o exijam.

Por fim, quando se opta por desenhar um estudo de monitorização de resultados terapêuticos, há que ter em conta alguns princípios básicos que condicionam a sua implementação: (a) a amostra do estudo deve ser aleatória e as análises de resultados devem incluir os sujeitos que abandonaram o estudo (b) avaliar a mudança terapêutica não só durante o decurso da intervenção como também no período de follow-up; (c) monitorizar toda a intervenção terapêutica proporcionada; (d) avaliar múltiplas variáveis, desde do consumo de substâncias aos aspectos mais psicossociais; (e) utilizar medidas standardizadas para aumentar e viabilizar a comparação com outros estudos semelhantes; e (f) concentrar os esforços e recursos no sentido de recolher dados de pelo menos 70% dos sujeitos que iniciaram o estudo. (McLellan & Durell, 1995).

O objectivo deste artigo é de apresentar o projecto “Monitorização dos Resultados e Gestão em Psicoterapia e Saúde Mental” financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT/ POCTI/39334/PSI/2002) que numa das duas vertentes procura monitorizar os resultados terapêuticos de diversas intervenções psicossociais junto de consumidores problemáticos de opiáceos e outras drogas.

> Objectivo do Projecto

No âmbito desta grelha conceptual, o presente projecto como objectivo geral, conduzir uma avaliação “naturalista” dos procedimentos de tratamento em saúde mental, tal como são implementados. Avaliámos, em particular, os procedimentos de tratamento proporcionados num centro especializado no tratamento de toxicodependentes. Ou seja, o projecto procura fornecer uma base empírica para a tomada de

decisión clínica e validar empiricamente os procedimentos psicoterapêuticos.

No que concerne a súa metodoloxía, este estudo insere-se num quadro de observación naturalista procurando, por conseguinte, estudar a dinámica de funcionamento do servizo – Centro de Atendimento à Toxicodependência Oriental do Porto - e o proceso terapêutico, tal como são implementados e se processam.

Assim, procura-se averiguar e determinar variáveis e factores que contribúen para o sucesso e/ou insucesso terapêutico, determinar a eficacia e eficiencia dos servizos prestados, desenvolver un protocolo estandarizado de avaliación dos utentes, aumentar a validade externa relativa aos conhecimentos teóricos e prácticos no que concerne esta problemática – o tratamento do consumo e dependência de substancias psicoactivas.

> Instrumentos

Desde o inicio da implementación do proxecto que se constatou a necesidade de crear una batería de avaliación básica que pudesse recoller datos sobre os diversos aspectos do funcionamento e características dos toxicodependentes que irían participar no estudo. Nomeadamente, era importante avaliar non só a gravidade e tipo de consumos, mas tamén o funcionamento psicossocial, e psicopatoloxía eventualmente asociada e a calidade da saúde física.

Assim, após varias reunións entre a equipa clínica e a de investigación, foi acordado que, independentemente de outros instrumentos específicos a utilizar na avaliación de algun programa de tratamento especial, todos os utentes que participassem no proxecto serían avaliados com os instrumentos a seguir descritos.

DAST (Skinner, H. A., 1982): O DAST, Drug Abuse Screening Test é una escala dicotómica (sim ou non) de 20 itens que procura contextualizar os principais aspectos em torno do consumo de drogas. Nomeadamente, aborda as varias consecuencias relacionadas com o consumo – sintomas físicos e psicológicos, aspectos sócio-relacionais, entre outros. Os suxeitos são inquiridos a respecto de experiencias de consumo de drogas e problemas que daí advém, nos últimos 12 meses.

O DAST é normalmente auto-administrada, mas tamén pode ser realizada em formato de entrevista. Demora cerca de 5 minutos a ser

preenchido. Esta escala providencia um resultado que pode variar entre 0 e 20, reflectindo as alterações no consumo de drogas ao longo dos 12 meses. Skinner (1982) sugere que os resultados do DAST podem ser comparados em diferentes períodos de avaliação e de seguimento, para monitorizar mudanças no número de consequências experimentadas pelo abuso de substâncias ao longo do tempo.

Esta escala foi seleccionada por fornecer uma avaliação simples e rápida do nível de gravidade dos consumos. A versão portuguesa deste questionário (Teste de Triagem do Abuso de Drogas) foi elaborada por P.P. Machado & J.M. Klein (2002), estando, neste momento, os dados psicométricos a serem analisados.

OQ-45.2 (Lambert & Burlingame, 1996): O Outcome Questionnaire é uma medida que avalia o progresso do doente no decurso do processo terapêutico e, por conseguinte, foi concebido como um instrumento para múltiplas administrações durante o curso do tratamento e no período de follow-up. Este instrumento foi desenvolvido para superar algumas limitações de outros instrumentos que procuram determinar o resultado terapêutico. Uma das suas mais valias é a sua elevada sensibilidade às alterações sintomatológicas a curto prazo, sem que com isso comprometa a sua validade e a fidelidade. O progresso terapêutico do doente pode assim ser monitorizado em relação a importantes dimensões, baseadas na conceptualização de Lambert (1983), na qual se destacam três aspectos fulcrais da vida dos sujeitos: 1) desconforto subjectivo (funcionamento intrapsíquico), 2) relações interpessoais, e 3) desempenho do papel social. Estas três áreas funcionais sugerem um continuum a respeito dos sentimentos/sensações que a pessoa experimenta no seu íntimo, de como se relaciona com os outros significativos e de como lida com tarefas relacionadas com a escola, emprego ou qualquer outra actividade (incluindo o lazer).

É um instrumento de auto-relato composto por 45 itens, que são cotados numa escala de 5 pontos do tipo Likert, variando entre 0 (Nunca) a 5 (Quase sempre), sendo a distribuição destes itens pelas três dimensões a seguinte: desconforto subjectivo 25 itens, relações interpessoais 11 itens, e desempenho do papel social 9 itens.

O OQ-45 foi seleccionado por fornecer uma avaliação fidedigna de diversos aspectos do nível de ajustamento e perturbação psicossocial dos indivíduos. A versão portuguesa deste questionário (Questionário de Resultados Terapêuticos) foi elaborada por P.P. Machado, B.C. Machado & J.M. Klein (2002), não tendo sido ainda disponibilizados dados relativos às características psicométricas deste instrumento na população portuguesa.

GHQ-12; O General Health Questionnaire é uma medida muito usada para detectar doenças psiquiátricas na comunidade ou para diferenciar casos clínicos de não-clínicos (Goldberg & Williams, 1991). Mais recentemente, tem sido usado como medida de rastreio para detecção da prevalência de alterações psicológicas na prática médica (Werneke et al., 2000). Têm sido usadas várias versões deste instrumento (incluindo 60, 30, 28 e 12 itens). No entanto, a versão mais popular é o GHQ-12, que por ser uma versão abreviada tem sido diversas vezes utilizada como medida de alterações psicológicas, como parte integrante de inquéritos sociais mais abrangentes (Banks & Jackson, 1982; Winefield, Goldney, Winefield & Tiggermann, 1989). A sua fácil aplicação e disponibilidade de dados normativos fazem desta versão a mais usada na investigação, razão porque foi escolhida.

IDTS (Annis & Martin, 1985): O Inventory of Drug-Taking Situations é um inventário composto por 50 itens que descrevem potenciais situações de consumo de drogas durante o último ano. Este instrumento, ao explorar os aspectos problemáticos do consumo de drogas permite: reconhecer situações problemáticas; antecipar as situações de risco; desenvolver um plano individualizado de tratamento e pós-tratamento; desenvolver estratégias para lidar com situações de elevado risco. Demora cerca de 15 minutos a ser aplicado e pode ser administrado sob a forma de software ou caneta e papel. Existem duas versões deste instrumento no que respeita à forma papel e lápis, uma para o álcool e outra para as drogas. Neste projecto será apenas utilizada a versão para as drogas.

Os seus itens foram desenvolvidos de forma a avaliar oito categorias de situações de consumo de droga, que são divididas em duas grandes classes: 1) Aspectos Pessoais, parte do princípio que o consumo de drogas envolve uma resposta de natureza pessoal psicológica e/ou física; 2) Situações que Envolvem Outras Pessoas, em que está presente a influência de outra(s) pessoa(s). A primeira classe subdivide-se em cinco categorias: emoções desagradáveis (10 itens), desconforto físico (5 itens), emoções agradáveis (5 itens), teste do controlo pessoal (5 itens) e tentação de consumir drogas (5 itens). Por sua vez as situações que envolvem outra pessoa subdivide-se em três categorias: conflitos com os outros (10 itens), pressão social para consumir drogas (5 itens) e tempo agradável com os outros (5 itens).

O IDTS foi escolhido por ser um modo estandardizado de recolher informação acerca das situações associadas ao consumo, esta variável poderá ter um papel mediador importante no processo e resultados terapêuticos. Será utilizada a versão portuguesa deste questionário

(Inventário das Situações de Consumo de Drogas), elaborada por P.P. Machado, B.C. Machado & J.M. Klein (2002), não sendo porém ainda possível disponibilizar dados psicométricas da população portuguesa.

Folha de Registo Clínico do Ministério da Saúde: Este registo foi concebido pelo Ministério da Saúde, enquadrando-se num quadro biopsicossocial de sistematização de informação clínica. É um método de recolha de informação standard, preenchida pelos clínicos, em todos os CAT, e, por conseguinte, faz parte integrante do processo clínico de cada um dos utentes. Providencia uma vasta informação sobre os dados pessoais dos utentes, a história clínica do doente (fonte de referência, último tratamento, tipos de consumos, etc.), sobre os aspectos sócio-profissionais (situação escolar, profissional, residencial e jurídica) e os sobre aspectos familiares (com quem vive, história de consumos familiares, doenças psiquiátricas na família, etc.).

CSQ-8 (Larsen, D.L., Atkinson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D.; 1979) : O Consumer Satisfaction Questionnaire é um instrumento constituído por 8 itens que procura explorar o grau de satisfação do paciente/utente relativamente aos tratamentos e serviços que recebeu, o impacto dos mesmos na sua vida, se voltaria a recorrer ao Serviço, se recebeu os cuidados terapêuticos que desejava e, ainda, se o recomendaria a outras pessoas com os mesmos problemas que ele. Cada item tem 4 opções de resposta, em que 1 indica “baixa satisfação” e 4 indica “elevada satisfação”. Este instrumento pode ser auto-administrado ou utilizado sob a forma de entrevista e demora 3 a 5 minutos a ser aplicado.

A inclusão desta escala reflecte a necessidade cada vez maior de se incluir a opinião dos consumidores na investigação e organização dos serviços de saúde. Será utilizada a versão portuguesa deste questionário (Questionário de Satisfação do Uteute), elaborada por P.P. Machado & J.M. Klein (2002).

> Procedimento de Avaliação

O protocolo de avaliação dos sujeitos foi concebido atendendo a dois factores fundamentais: o próprio funcionamento do CAT Oriental do Porto e as especificidades sócio-afectivas e psicopatológicas dos utentes que aí se dirigem. Deste modo, procurou-se afectar o menos possível o decurso habitual dos processos e procedimentos vigentes, e ainda integrar os processos de avaliação nas rotinas do Serviço.

Relativamente às especificidades dos sujeitos, contemplou-se cuidadosamente e ponderou-se o impacto dos instrumentos de avaliação como um elemento estranho e algo intrusivo na dinâmica do Serviço, tendo, ainda, sido prestada atenção particular às características psicológicas (p.ex. desconfiança) sociais (p.ex. desemprego) e patológicas (p.ex. comorbilidade com outras doenças psiquiátricas). Com base neste quadro de referência, o processo de avaliação divide-se em 3 partes referenciais, as quais não são estanques, mas são antes, parte de um continuum de avaliação.

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO CONTÍNUA DE MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO TERAPÉUTICO				
T1	T2	T3	T4	T5
Admissão	1ª Consulta (equipe clínica)	1ª Consulta com o Terapeuta	1ª Avaliação periódica (3 meses após a Consulta com Equipe Clínica)	2ª Avaliação periódica (6 meses após a Consulta com Equipe Clínica)
-DAST -(OQ-45)	-(OQ-45) -GHQ-12	-IDTS	-(OQ-45) -GHQ-12	-(OQ-45) -GHQ-12 -CSQ-8

No primeiro momento, que designamos por admissão, os utentes do CAT Oriental do Porto têm de preencher o DAST e o OQ-45. Este primeiro tempo da avaliação condiz com a inscrição do utente na recepção do Centro. Neste local, em que faz o primeiro contacto com a instituição e no qual fornece os seus dados pessoais, é explicada a importância da sua participação no estudo (consentimento informado)

e pedido para preencher os instrumentos de avaliação.

Na 1ª Consulta com a Equipa Terapêutica, os utentes são avaliados com o OQ-45 e o GHQ-12. Este segundo momento caracteriza-se pelo (início) do preenchimento da Folha de Registo Clínico do Ministério da Saúde, pela explicitação mais pormenorizada dos objectivos do projecto e esclarecimento de quaisquer dúvidas.

O terceiro momento corresponde à consulta com o Terapeuta de Referência, que pede ao utente para preencher o IDTS. Com estes três momentos de avaliação termina a primeira parte de avaliação, a qual designámos por Avaliação Inicial. Esta fase destina-se a determinar e quantificar o estado do sujeito aquando da sua entrada para o serviço. Todas as avaliações subsequentes irão procurar fornecer uma monitorização ao nível dos sintomas bio-psicossociais dos sujeitos.

A segunda parte do processo avaliativo é preenchida pelas Avaliações Periódicas Trimestrais, realizando-se por conseguinte de 3 em 3 meses. Neste âmbito são utilizado o GHQ-12 e o OQ-45.

As Avaliações Periódicas Semestrais, correspondentes à terceira parte da avaliação, intercalam-se alternadamente com as avaliações trimestrais. Neste momento é pedido aos utentes que preencham um questionário breve de avaliação da satisfação relativamente ao serviço de que têm usufruído (CSQ-8) bem como o GHQ-12 e o OQ-45.

Por último, resta referir os critérios e aspectos associados à tomada de decisão para a inclusão e exclusão de sujeitos no projecto. São considerados sujeitos em estudo todos os utentes que acedem a participar, excluindo-se os sujeitos que se apresentam em estado de deterioração mental. Para além disto, acaso os sujeitos que abandonam o estudo (> 6 meses de ausência a qualquer actividade/tratamento) voltem a recorrer ao Serviço, são avaliados como se de uma nova admissão se tratasse (inicia-se todo processo de avaliação). Contudo, para efeitos da análise de resultados é contemplado o facto da readmissão.

> Resultados preliminares

— Estudo 1

Este estudo descritivo (c.f., Machado & Klein, 2007) procurou explorar algumas características centrais dos indivíduos com problemas de toxicodependência que iniciaram um programa de tratamento. Parti-

ciparam neste estudo 107 sujeitos, com idades comprendidas entre 22 e os 55 anos ($M = 34,84$; $DP = 6,44$), que frecuentam un centro metropolitano de tratamento de toxicodependencias, 90,7% dos quais são do sexo masculino. Entre os 107 pacientes, 29.9% foram referidos para estes serviços por familiares ou amigos, 15% por sua própria iniciativa, e pouco mais de 10% por outros serviços hospitalares ou centros de saúde. A maioria dos utentes era solteira e não estava envolvido em nenhuma relação interpessoal significativa (42.5%), 37.7% eram casados ou viviam com companheiro(a) e 18% eram divorciados ou separados. Um número significativo dos utentes ainda vivia com os seus pais (35.8%) e a grande maioria estava desempregada ou à procura de emprego (76.4%).

A maioria dos utentes (81.1%) consumia drogas diariamente e em 62% dos casos a heroína era a droga de escolha, em 30% dos casos o consumo de heroína estava associado à cocaína. A maioria dos participantes fumava ou inalava (53.8%) em contraste com 33% que consumiam por via intravenosa. A grande maioria (61.7%) já tinha estado envolvida em em tratamentos anteriores e o intervalo de tempo decorrido desde o último tratamento variava entre 6 meses e 15 anos ($M = 3.93$, $SD = 4.18$). Cannabis foi a droga de primeiro uso para 82% dos participantes. A idade do primeiro consumo variava entre os 11 e 36 anos ($M = 16.69$, $SD = 4.66$), e o tempo médio de consumo era 20.12 anos ($SD = 5.11$, amplitude: 13-36 anos).

Os resultados indicaram a existência de algumas relações entre a severidade do consumo e a sintomatologia psicopatológica.

Estudo 2

Este estudo (Machado, et al. 2005) pretendeu conhecer as características dos clientes e dos programas terapêuticos associadas à probabilidade de abandono (em indivíduos toxicodependentes em tratamento) e identificar factores preditores que possam funcionar como sinalizadores do risco de abandono numa fase precoce do processo de tratamento (de modo a incrementar a adequação da intervenção e, assim, diminuir as possibilidades de abandono). É a avaliação de um processo de tratamento que permite a eventual correção das estratégias utilizadas de modo a promover a eficácia do próprio tratamento, garantindo a sua adequação às necessidades do utente.

Os participantes foram divididos em 2 grupos que denominamos grupo de manutenção em tratamento ($N=101$) e grupo de abandono ($N=48$). Os dois grupos foram avaliados quanto a variáveis sócio-

demográficas (sexo, idade, coabitação, estado civil, escolaridade, situação laboral, localidade de residência e fonte de referência) e variáveis clínicas (idade de início de consumo droga principal, droga principal, droga inicial, frequência de uso, via de administração, tratamentos anteriores, patologia orgânica - marcadores víricos para a infecção por VIH ou para a hepatite C₁). Os dados resultantes desta investigação foram submetidos a um processo de análise de regressão logística.

Ao nível das variáveis sócio-demográficas não foram encontrados preditores de abandono do tratamento. À semelhança do que aconteceu com as variáveis sócio-demográficas, no referente às variáveis clínicas não emergiram resultados significativos, ou seja, não foram encontrados factores associados ao abandono ou à manutenção em tratamento. Também no que se refere às variáveis clínicas, i.e., as que se referem aos percursos de consumos e de tratamento, não foram encontrados valores significativos. Da análise de regressão logística efectuada aos resultados totais dos questionários utilizados neste estudo (DAST; OQ-45 e, GHQ-12) e das sub-escalas do OQ-45 (desconforto subjectivo; relacionamento interpessoal e, desempenho de papeis sociais) sobressai o score global do OQ-45. O que indica uma relação directamente proporcional entre a variável independente e a variável dependente em estudo (abandono do tratamento), assim, neste caso, os resultados indiciam que a pontuações mais elevadas do OQ-45 estará associada uma maior probabilidade de abandono do tratamento. Como apenas se obteve uma significância marginal ($p < .10$), as elações deverão ser ainda mais cautelosas. Contudo, tendo em conta que o OQ-45 avalia a presença e intensidade de sintomatologia psicológica, poderemos conjecturar que indivíduos que apresentem à data da primeira consulta um nível mais elevado de queixas psicológicas tenderão, mais provavelmente, a abandonar o tratamento. Os resultados dos outros questionários, bem como das sub-escalas do OQ-45 não se revelaram significativos, não havendo, portanto, associação entre estes e o abandono ou manutenção em tratamento.

Outro factor que se destacou foi o “número de consultas médicas”, mas obteve apenas uma significância marginal ($p < .10$). A natureza da relação ($B = -.535$) indicia que a um maior número de consultas médicas, nesta fase do percurso terapêutico, está associada uma maior percentagem de abandono do tratamento. A este resultado não será, talvez, alheio o facto de, nesta fase só terem acesso a consultas médicas indivíduos que, do ponto de vista físico ou mental, apresentam perturbações ou dificuldades consideradas mais graves e/ou urgentes.

As faltas às consultas de psicología revelam-se como um forte preditor de abandono do tratamento, enquanto o número de atendimentos de serviço social funciona como factor de manutenção em tratamento.

>Discussão

A importância deste tipo de estudos assenta na “prova viva” de que é possível estabelecer parcerias de investigación proveitosas entre o meio académico e os serviços de saúde. Efectivamente, estas parcerias beneficiam ambas as partes, dotando as práticas dos serviços com fundamentação empírica e as teorias académicas com uma validade externa que lhes dá utilidade e consistência.

Uma outra vantagem que este tipo de projectos comporta é a recolla sistematizada de información útil para os serviços, possibilitando assim aos técnicos que neles trabalham:

- a) Utilizarem a evidência científica dos métodos aplicados e perceberem a repercussão que estes podem ter na melhoria das eficiência e eficácia dos tratamentos,
- b) Desenvolverem melhores protocolos de intervenção e,
- c) Estabelecerem pontos de referência e mecanismos de feedback que lhes permitam melhorar a sua prática.

É nossa convicção que, paralelamente, a uma prática clínica baseada na evidência científica é necessária uma evidência científica baseada na prática clínica. Esperamos que o presente estudo ajude a esclarecer alguns dos aspectos associados aos resultados terapêuticos do tratamento da toxicodependência, bem como a ajudar a reduzir a clivagem muitas vezes observada entre a investigación e a prática clínica.

EQUIPO DE TRABAJO

Paulo P. P. Machado (*Universidade do Minho*)
Carlos Farate (*Instituto Superior Miguel Torga*)
John M. Klein (*Universidade do Minho*)
Anabela Monteiro (*Universidade do Minho*)

. A preparação deste artigo foi parcialmente apoiada por uma Bolsa de Investigación da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (POCTI/39334/PSI/2002) atribuída a Paulo P. P. Machado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Beutler, L.E., (1991). *Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al's verdict. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 226-232.*
- Blatt, S.J., & Felsen, I. (1993). *Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients's characteristics on therapeutic process and outcome. Psychotherapy Research, 3, 245-259*
- Brown TG; Seraganian P; Tremblay J; Annis H (2002) *Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers, Addiction, 97(6), 677-689*
- Carrol, K.M. (1997) *Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes, Addictive Behaviors, 22 (2), 233-245*
- Carrol, K.M., Rounsaville, B.J. (2003) *Bridging the gap: a hybrid model to link efficacy and effectiveness research in substance abuse treatment, Psychiatric Services, 54(3), 333-339.*
- Cohen , S., Lichtenstein, E., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Gritz, E.R., Carr, C. R., Orleans, C.T., Schoenbach, V.J., Biener, L., Abrams, D., DiClemente, C.C., Curry, S., Marlatt, G.A., Cummings, K.M., Emont, S.L. Giovino, G., & Ossip-Klein, D. (1989). *Debunking myths about self-quitting: Evidence from 10 prospective studies of persons quitting smoking by themselves. American Psychologist, 44, 1355-1365.*
- Dance, K.A. & Neufeld, R.W. (1988). *Aptitude-treatment interaction research in the clinical settings: a review to attempts to dispel the "patient uniformity" myth. Psychological Bulletin, 104, 192-213.*
- Frischer, M., Bloor, M., Goldberg, D., Clark, J., Green S., McKeganey, N. (1993). *Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal. Journal of Epidemiology Community Health, 47: 59-63*
- IDT (2003) *Relatório Anual 2002 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, Vol. I - Informação Estatística 2002, Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.*
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). *The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed., pp. 157-212). New York: John Wiley & Sons.*
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D. (1979). *Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning, 2, 197-207*
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D. (1979). *Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. Evaluation and Program Planning, 2, 197-207*
- Linehan M.M., Dimeff L.A.; Reynolds S.K. et al. (2002) *Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder, Drug & Alcohol Dependence, 67(1), 13-26*
- Machado, P.P. (1994). *Retos actuales a la investigación en psicoterapia. Psicología Conductual, 2, 113-120.*
- Machado, P. P., & Klein, J.M. (2007). *Drug Dependence and psychological distress in Portu-*

guest patients entering a substance abuse treatment center. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 83-91.

*Machado, P. P., Klein, J., Monteiro, A. & Martins, C. (2005, Junho). Predictors of treatment adherence and drop-out in a drug addiction treatment center..Comunicação apresentada ao Encontro Internacional da Society for Psychotherapy Research, Montreal, Canada.

*Marlatt, G.A., Baer, J.S., Donovan, D.M., & Divlahan, D.R. (1988). Addictive behavior: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.

*McHugo GJ; Drake RE; Teague GB; Xie H (1999) Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study, *Psychiatric Services*, 50(6), 818-824

*McKay J.R.; Donovan D.M.; McLellan T., et al. (2002) Evaluation of full vs. partial continuum of care in the treatment of publicly funded substance abusers in Washington State, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 28(2), 307-338.

*McLellan, A.T., & Durell, J. (1995). *Outcome evaluation in psychiatric and substance abuse treatments: Concepts, rationale and methods*. Philadelphia: Treatment Research Institute.

*Miller, N.S., Guttman, B.A. (1997) The integration of pharmacological therapy for comorbid psychiatric and addictive disorders, *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (3), 249-254

*Miller, W. R., & Hester, R. K. (1980), "Treating the problem drinker: Modern approaches", In W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviours: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*, Oxford: Pergamon Press.

*Miller, W. R., & Hester, R. K. (1986), "The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals", In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviours: Processes of change*. New York: Plenum Press.

*Orford, J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York: Wiley.

*Persons, J.B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.

*Prendergast M.L., Podus D., Chang E., Urada D. (2002) The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies, *Drug & Alcohol Dependence*, 67(1), 53-72

*Rice, L.N., & Greenberg, L. (Eds.) (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.

*Ritsher J.B.; Moos R.H.; Finney J.W., (2002) Relationship of treatment orientation and continuing care to remission among substance abuse patients, *Psychiatric Services*, 53(5), 595-601

*Roizen, R., Cahaland, D., & Shanks, R. (1978). Spontaneous remission among untreated problem drinkers. In D. Randell (Ed.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Washington, DC: Hemisphere.

*Schachter, S. (1982). Recidivism and self-cure of smoking and obesity. *American Psychologist*, 37, 436-444.

- Shapiro, S., Skinner, E., Kessler, L., Van Korff, M., German, P., Tischler, G., Leon, P., Bendham, L., Cottler, L., & Regier, D. (1984). Utilization of health and mental health services. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971-978.
- Shoham-Salomon, V., & Hannah, M.T. (1991). Client-treatment interactions in the study of differential change processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 217-255.
- Skinner, H.A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Smith, B., & Sechrest, L. (1991). Treatment of Aptitude x Treatment interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 233-244.
- Smith, M. L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University.
- Tuchfeld, B.S. (1981). Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 626-641.
- Verhoff, J., Douvan, E., & Kulka, R.A. (1981a). *The inner América*. New York: Basic Books.
- Verhoff, J., Douvan, E., & Kulka, R.A. (1981b). *Mental Health in América*. New York: Basic Books.

Agradecimentos:

Os autores agradecem, na pessoa da sua Directora, a Dr. Maria Saramago, a todos os elementos da equipa do CAT Oriental que têm vindo a colaborar activamente no desenvolvimento deste protocolo de investigação, realçando, em particular, o interesse, empenho e disponibilidade que têm demonstrado em participar nas diferentes fases de avaliação da população-alvo deste projecto.

Nota

*Uma primeira versão deste artigo foi publicada na revista *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, parte do mesmo é aqui reproduzida com autorização do Editor.*

CRITERIOS DE CALIDADE EN COMUNIDADE TERAPÉUTICA

Relator: Juan Miguel Llorente del Pozo

ANTECEDENTES

El concepto de calidad en un programa de rehabilitación en drogas-dependencias es difícil de definir teórica y operativamente, como consecuencia de múltiples factores. Por ejemplo, la falta de un cuerpo de conocimiento sólidamente establecido acerca de la etiología y mantenimiento de los trastornos adictivos favorece la existencia de una gran variedad en los acercamientos teóricos al tema y la falta de bases empíricas firmes para definir lo que debería ser un tratamiento “estándar y adecuado”. Además, el concepto de calidad surgido de la producción artesanal e industrial se complica en su aplicación a los servicios, donde “el producto” consiste principalmente en la interacción entre individuos, no resulta inmediatamente “tangible” y no puede ser totalmente planificado con antelación y medido con posterioridad.

La calidad en los servicios asistenciales podría definirse en un sentido amplio como “el conjunto de características del servicio que le confieren aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente, entendido éste también en un sentido amplio”. Estas características agrupan componentes de calidad científico-técnica, eficacia, eficiencia, adecuación y satisfacción del consumidor (usuarios atendidos, familiares, instituciones y comunidad global) y del profesional. Los aspectos tradicionalmente más relacionados con la calidad en los servicios de asistencia sanitaria, incluyendo el campo de las drogas-dependencias, implican la especificación de normas básicas que las agencias de tratamiento deben cumplir en su respuesta a las necesidades de los clientes. Los manuales de normas de calidad básicas especifican criterios para varios aspectos en estos servicios asistenciales: organización, gestión y financiación del programa; entorno físico; gestión de registros individuales; evaluación de pacientes; proceso de tratamiento; derechos del paciente; formación, gestión y desarrollo del personal; evaluación del programa; etc. Aunque estos aspectos de la calidad pueden no ser suficientes para un tratamiento ideal o incluso adecuado de las necesidades del paciente, son un precursor de dicho tratamiento adecuado. Más aún, resulta extremadamente difícil proporcionar un tratamiento adecuado en

una institución que no tiene líneas de actuación orientadas hacia los aspectos estructurales y generales mencionados.

La Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en las Toxicomanías (ERIT) tiene entre sus objetivos generales la mejora de la asistencia a toxicómanos. Más específicamente, ERIT tiene como objetivo favorecer el desarrollo de investigaciones y estudios comunes entre los Intervinientes Europeos en programas asistenciales y favorecer la participación de estos profesionales en una política europea en materia de drogas. Uno de los temas objeto de creciente debate entre las asociaciones de profesionales miembros de ERIT son los parámetros que han de ser referencia y guía para la mejora de la calidad en los programas de prevención y asistencia en drogodependencias. Como ejemplo, la calidad en las intervenciones fue el tema genérico de la 3ª Conferencia de ERIT, celebrada en Bolonia (Italia) en diciembre de 1.997. Algunas instituciones asociadas en ERIT han desarrollado recientemente sistemas y normativas para la garantía de la calidad (por ejemplo, Neviv - Holanda, SCODA – Reino Unido, FDR en Alemania, etc.), o bien están implicadas en estas tareas actualmente. Otras, como la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (ICT, España), surgieron con el fin de definir y desarrollar un modelo basado en criterios de profesionalidad y calidad, dentro de una asistencia dirigida hacia las necesidades del paciente drogodependiente en rehabilitación. Este fin es común a otros profesionales de comunidad terapéutica en Italia, Alemania, Portugal, Francia, Bélgica, Suiza, etc. Recientemente, se han desarrollado en Europa iniciativas para poner en común los criterios que definen el modelo de comunidad terapéutica profesional. Cabe reseñar el Seminario Internacional T3E - Ares do Pinhal “Comunidades Terapéuticas: ¿Qué evolución?”, celebrado en MAÇÃO (Portugal) en 1.995. En aquél foro se reunieron 35 expertos en CT procedentes de Portugal, España, Italia, Francia, Bélgica e Inglaterra, con el objetivo de sentar algunas bases para un consenso Europeo sobre el modelo de CT profesional.

Sin embargo, no se conocen normativas europeas sobre calidad en programas de tratamiento, elaboradas mediante la discusión, intercambio, consenso y colaboración de Intervinientes procedentes de diferentes países de la Unión Europea. Este déficit es también patente en el campo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos. En este contexto, ERIT elaboró en el año 1.996 un proyecto para formar un grupo de expertos Europeos en el estudio y desarrollo de la calidad en comunidad terapéutica, a iniciativa de la representación de la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (ICT - España).

DECLARACIÓN SOBRE INDICADORES DE CALIDAD EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

> INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La declaración sobre indicadores y normas de calidad en comunidad terapéutica pretende ser una afirmación común acerca de los elementos básicos del proceso de funcionamiento en una Comunidad Terapéutica Profesional Europea. Su fundamento, marco de aplicación y objetivos son los siguientes:

1. FUNDAMENTOS: se encuentran en los puntos esenciales de la declaración de principios y objetivos de ERIT:

- Defender una ética de servicio a las personas que tienen problemas con las drogas.
- Favorecer el intercambio, cooperación y debate entre los profesionales europeos de los servicios a personas con problemas relacionados con las drogas.
- Reconocer a las instituciones y profesionales de la asistencia como colaboradores en la elaboración y aplicación de una política Europea para los problemas asociados con las drogas.
- Expandir los estudios e investigaciones europeos sobre la ayuda y asistencia a toxicómanos.

2. MARCO DE APLICACIÓN: los expertos europeos que forman el grupo de trabajo representan comunidades terapéuticas profesionales europeas que: están gestionadas por un equipo profesional, que desarrolla un programa de actividades terapéuticas y educativas explícitos con el objetivo servir de ayuda al cliente en su inserción social como individuo de pleno derecho. Afirman la utilidad de la comunidad terapéutica profesional como un recurso más para conseguir el objetivo anterior, junto a otras modalidades de tratamiento (tratamiento farmacológico, terapia individual, etc.) en régimen de internamiento o ambulatorio.

3. OBJETIVOS: de acuerdo a estos fundamentos, la declaración está orientada hacia las siguientes metas:

- Aportar elementos para el intercambio y consenso relativo a la ca-

alidad en la asistencia a toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica.

- Establecer unos puntos comunes como base para la investigación y desarrollo ulterior de la calidad en este tipo de programas de tratamiento.
- Aportar elementos útiles para la planificación de una política europea sobre la calidad en programas de tratamiento para toxicómanos: comunidades terapéuticas y otras modalidades.

> DECLARACIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, la presente declaración pretende incluir algunos puntos esenciales referidos a la calidad del tratamiento en el abuso de drogas. Los elementos incluidos representan el modo de funcionamiento que profesionales de comunidades terapéuticas profesionales europeas consideran esencial o deseable (en la medida de lo posible) para estos centros. La firma de esta declaración pretende establecer un consenso que favorezca el posterior desarrollo y mejora de la calidad en estos programas mediante la investigación y desarrollo continuado.

Los puntos incluidos en esta declaración están agrupados en las áreas que agrupan los indicadores y normas de calidad en comunidad terapéutica, tal como han sido seleccionados por el grupo de expertos durante el presente año.

Aspectos formales

1. La comunidad terapéutica ha de estar autorizada por la Administración para su funcionamiento. Esto supone conocer y cumplir todos los requerimientos especificados por la legislación local, regional y nacional vigente, relativos a todos los elementos del programa que son considerados a continuación.
2. La CT ha de cumplir, en la medida de lo posible, los criterios de calidad especificados por la Administración en procedimientos de homologación o acreditación de la calidad.
3. La CT ha de ocupar, también en la medida de sus posibilidades, un papel significativo en la planificación local, regional o nacional en materia de drogado dependencias.

Medios físicos, entorno, control sanitario

1. Los medios físicos de la CT y los utilizados externamente serán adecuados a las metas del programa, permitiendo su desarrollo continuo y sin interferencias, y adecuados al estado físico y emocional de los residentes.
2. La CT ha de disponer de equipamiento adecuado y suficiente en materia de higiene, habitabilidad y seguridad.
3. La CT ha de mantener el equipamiento y estructuras en buen estado de funcionamiento.
4. La CT mantendrá un ambiente favorable para la autoimagen del paciente, protegiéndole de toda agresión, amenaza o explotación física, psicológica o sexual.
5. La CT garantizará un clima institucional adecuado entre los pacientes y en la relación paciente - equipo, que favorezca las relaciones y el crecimiento del paciente en una estructura clara y controlada.
6. La CT enseñará y promoverá buenos estándares de higiene y cuidado personal en los pacientes, así como la toma de responsabilidades en el funcionamiento y mantenimiento del programa, adaptadas al estado del paciente y a su plan de tratamiento.
7. La CT será de fácil acceso a los servicios de urgencia, en caso de peligro para la salud o la vida del paciente.
8. La CT se esforzará por disponer en la medida de sus posibilidades de material e instalaciones para actividades físicas, educativas y recreativas adaptados a las necesidades del paciente y las metas del programa.
9. La CT mantendrá en funcionamiento un programa para la prevención, identificación y control de infecciones.

Actividad económica y cuestiones financieras

1. La CT mantendrá un sistema de contabilidad estándar acreditado.
2. La CT desarrollará estudios y planes de viabilidad económica, favorables para el logro de objetivos de calidad y manteniendo las necesidades mínimas de personal y gastos diversos.

3. Si la CT percibe por adelantado ingresos económicos por tratamiento, reintegrará estos en caso de finalización prematura del tratamiento, salvo una cantidad predefinida en concepto de reserva de plaza.

Equipo técnico: composición, formación y supervisión

1. La CT dispondrá de un organigrama del equipo técnico, diferenciando las funciones de dirección, terapia, actividades educativas. La información de cada miembro del equipo incluirá datos personales, cualificación, función desarrollada y derechos y obligaciones.

2. La CT garantizará la profesionalidad del equipo técnico, y su naturaleza multidisciplinar, formación (de base, especialización y experiencia), coherencia entre formación y función y suficiencia en relación al número de internos. Las exigencias para ex-adictos en cuanto a formación no difieren del resto del equipo.

3. La CT se esforzará por estandarizar un procedimiento para la selección del personal basado en el análisis de tareas y las características de la población tratada.

4. Los nuevos miembros serán formados de acuerdo a un procedimiento basado en la tarea a realizar y adaptado a la población atendida. Incluye formación previa y posterior a la inclusión en el equipo.

5. La CT mantendrá un programa de formación continuada y actualización del equipo técnico.

6. La CT aplicará un programa estandarizado para la comunicación, coordinación y cohesión interna entre los miembros del equipo.

7. La CT aplicará un programa para estimular el desarrollo profesional de los miembros del equipo, salvaguardar la estabilidad emocional del equipo y prevenir el síndrome del “burn out”.

8. La CT aplicará, en la medida de sus posibilidades, un procedimiento prefijado de supervisión externa para mantener la calidad en la atención al interno.

Procedimiento de admisión

1. La CT mantendrá una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión, incluyendo: a) información que se obtiene de cada solicitante; b) procedimiento a seguir ante solicitudes de ingreso; c) información mantenida referente a toda solicitud; d) estadísticos sobre solicitudes y admisiones y e) procedimiento en caso de no admisión.
2. La CT mantendrá una definición clara de los criterios de indicación para la admisión en la CT, siendo estos criterios conocidos y compartidos con las redes asistenciales y servicios que derivan pacientes a la CT
3. La aceptación de un paciente estará basada en la adecuación entre la naturaleza del programa y las necesidades del aspirante (evaluadas por personal clínico de la CT), determinando que el paciente requiere el tratamiento ofertado y que la CT puede suministrar la asistencia necesaria.
4. Durante el procedimiento de admisión, la CT garantizará que el solicitante comprende claramente y acepta: a) la naturaleza y metas del programa; b) las reglas de la CT; c) el coste del tratamiento y d) los derechos y obligaciones del paciente.
5. Durante la admisión, la CT garantizará la cooperación con equipos médicos y psicológicos que trataban al paciente previamente al ingreso en la CT, documentando las interrupciones y modificaciones aplicadas a tratamientos previos.
6. Durante la admisión, la CT documentará: a) el consentimiento del paciente; b) la responsabilidad de la asistencia médica; c) participación familiar en el tratamiento; d) régimen de comunicaciones y visitas y e) preparación para la salida de la CT, con o sin el consentimiento del equipo.

Registro individual de pacientes (RI)

1. La CT mantendrá un registro escrito de cada paciente, que incluirá anotaciones firmadas y fechadas acerca de: a) información para la identificación del paciente; b) datos sobre la admisión del paciente, incluyendo su estatus; c) servicios y asistencia suministrada al paciente; d) progreso del paciente durante el tratamiento y e) estatus del paciente a la finalización.
2. El RI del paciente incluirá el plan de tratamiento individualizado, aplicación, revisiones y modificaciones.

3. El RI incluirá documentación sobre la protección de los derechos del paciente, incluyendo el consentimiento acerca de los procedimientos de admisión, evaluación, tratamiento, investigación y seguimiento.
4. La CT se esforzará para incluir en el RI información sobre eventos inusuales, accidentes o daños, complicaciones y dificultades habidas en el tratamiento.
5. La CT aplicará un plan para la preparación, almacenamiento, uso, seguridad y confidencialidad de los RI.

Diagnóstico y evaluación de pacientes

1. La CT se esforzará por aplicar, en la medida de sus posibilidades, un método estándar para evaluar y diagnosticar a los pacientes, especificando instrumentos utilizados, personal encargado y periodicidad, en función de las necesidades del paciente.
2. La CT se responsabilizará de realizar una evaluación de las necesidades del paciente en las siguientes áreas: a) física -médica; b) problemática de uso y abuso de sustancias; c) psicológica y psiquiátrica; d) familiar y social; e) legal y f) ocupacional -vocacional.
3. La evaluación médica completa será realizada por personal médico cualificado, antes de diseñar el tratamiento individualizado.
4. La CT dispondrá, según sus posibilidades, de evaluación psicológica y psiquiátrica para la detección de complicaciones que pudieran amenazar la salud o bienestar del paciente o influir en el resultado del tratamiento.
5. Todos los resultados de las evaluaciones, pruebas analíticas y exámenes clínicos realizados al ingreso y durante el tratamiento serán almacenados en el expediente clínico, dentro del RI.
6. La CT se esforzará en utilizar instrumentos estandarizados para la evaluación del paciente y sistemas establecidos de clasificación diagnóstica(DSM, CIE, etc.) y en desarrollar instrumentos de medida adaptados al programa.
7. La CT utilizará un modelo estándar para el informe de la evolución del paciente durante el tratamiento.

8. La CT utilizará la información sobre la evaluación del paciente para diseñar, revisar y actualizar el plan individualizado de tratamiento y el seguimiento del paciente.

Tratamiento: generalidades, actividades y programas educativos

1. La CT mantendrá una descripción estándar del programa terapéutico, bien definida y divulgada a los pacientes, equipo e instituciones, que incluye: a) objetivos planificados y revisados; b) metodología aplicada (técnicas, fundamento teórico, procedimientos y criterios de aplicación); c) actividades desarrolladas y d) calendario previsto.

2. La descripción del programa expresa claramente su orientación ideológica e incluye declaración expresa de que: a) no garantiza la solución absoluta de la drogodependencia del paciente; b) está centrado en las necesidades del paciente de cara a su reinserción; c) no impone ningún principio religioso o ideológico.

3. La descripción del programa incluirá un Reglamento Interno y un Contrato Terapéutico, explicando los derechos y deberes de los pacientes y el equipo.

4. La CT aplicará un plan de tratamiento individualizado, registrado por escrito en el RI, que: a) estará basado en las necesidades del paciente; b) especificará los servicios requeridos por éste; c) señalará las metas a corto y largo plazo y criterios de finalización del tratamiento; d) programará la aplicación individualizada de las técnicas de intervención y e) estará bajo la responsabilidad directa de un miembro del equipo.

5. El plan de tratamiento individualizado será diseñado con la participación directa del paciente y revisado regularmente con éste, siendo modificado cuando sea necesario.

6. La CT aplicará en la medida de sus posibles un programa orientado a la problemática familiar del paciente, o realizará un enlace con otros servicios para su tratamiento.

7. La metodología del programa terapéutico estará basada en la investigación científica, los objetivos serán evaluables objetivamente y el plan de tratamiento individualizado incluirá un método para medir el progreso y resultados de las intervenciones.

8. El tratamiento en la CT incluirá un horario planificado y revisado conjuntamente con los pacientes, como marco estructurado y flexible para la vida diaria, con espacios y tiempos comunes para la terapia, actividades, tiempo libre y relaciones interpersonales.

9. Las actividades de los pacientes nunca serán utilizadas para extraer beneficios económicos para el programa. Si existen beneficios derivados de tales actividades, estos serán invertidos en material o actividades en beneficio de los pacientes.

10. La CT suministrará o facilitará el acceso a: a) programas educativos; b) consejo vocacional; c) actividades recreativas. Estas actividades, así como la terapia ocupacional, serán adaptadas al paciente y supervisadas por el equipo. La información obtenida acerca de estas actividades será almacenada y utilizada para la planificación individualizada del tratamiento.

11. La CT aplicará procedimientos especiales para el tratamiento de pacientes con VIH+ o SIDA, desarrollados por personal especializado y con criterios claros sobre derivación, incluyendo evaluación psicopatológica y neurológica y medidas especiales de prevención y control sanitario.

Finalización, derivación y seguimiento

1. La CT mantendrá criterios bien definidos acerca de la duración de la estancia, especificando las condiciones para una finalización del tratamiento, derivación a otros servicios y expulsión.

2. Estos criterios acerca de la duración de la estancia serán específicas al diagnóstico, problemática del paciente, metas individualizadas del tratamiento y procedimientos a aplicar.

3. En caso de fracaso total o parcial del tratamiento, expulsión, abandono o no aceptación del programa por el paciente, la CT tomará medidas para la reducción del daño por exposición continuada a las sustancias, ofrecerá al paciente un plan alternativo en la CT o posibilitará una readmisión.

4. La CT se preocupará de evitar la dependencia del paciente del centro, programando toda su intervención hacia la reinserción del paciente. Planificará la salida en cada caso particular mediante un régimen de salidas suficiente, ordenado, progresivo y adaptado a diagnóstico y circunstancias del paciente.

5. La CT desarrollará un plan específico de reinserción, o bien colaborará con otros servicios sociales con el fin de ayudar a la reinserción del paciente.
6. La CT aplicará, según sus posibilidades, un plan de seguimiento, formulado antes de la finalización conjuntamente con el paciente, familiares u otros significativos y revisado posteriormente. Ayudará a establecer contacto, apoyo y atención continuada, especificando criterios para un reingreso y finalización del seguimiento.

Derechos del paciente

1. La CT apoyará, protegerá y garantizará los derechos fundamentales del paciente en materia de derechos humanos, civiles, constitucionales y estatuarios.
2. Existirá en la CT una declaración escrita que describe los derechos de los pacientes y los medios por los cuales esos derechos son protegidos y aplicados. Además de los derechos señalados anteriormente, se garantizará la participación activa en un plan de tratamiento individualizado y la protección a la intimidad personal del paciente y confidencialidad de toda la información referida a éste.
3. Todo paciente será informado de sus derechos en un lenguaje fácilmente comprensible y recibirá una descripción por escrito de sus derechos. Estos se hallarán expuestos en lugares visibles de la CT.
4. La CT permitirá al paciente mantener comunicaciones y recibir visitas de familiares y otros significativos. En caso de restricciones por motivos clínicos, se registrará esta salvedad en el RI y se evaluará regularmente la efectividad terapéutica de tal restricción.
5. Todo paciente recibirá y firmará una declaración, certificando: a) la voluntariedad del ingreso; continuación, traslado, interrupción, finalización del tratamiento y seguimiento; b) autorización para el uso de instrumentos de registro, participación en proyectos de investigación y utilización de técnicas no usuales de evaluación y tratamiento.
6. Todo paciente de la CT tendrá derecho a formular quejas y reclamaciones acerca del tratamiento recibido, además de revisiones internas del plan de tratamiento.

Relación con la comunidad y con otros servicios

1. La CT no será un fin en sí misma, sino que estará integrada en una red asistencial, manteniendo una coordinación con redes y servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción.
2. La CT mantendrá, según sus posibilidades, un servicio de educación orientado a la comunidad, con el fin de dar a conocer a ésta: a) su naturaleza, recursos y servicios; b) las necesidades en materia de prevención y tratamiento existentes en la población. La finalidad será obtener apoyo público y privado para el desarrollo y mejora de los recursos.
3. La CT desarrollará y colaborará con actividades para estimular la acción social en respuesta a los problemas de las drogodependencias.
4. La CT se esforzará por ser reconocida como centro de enseñanza, y los miembros del equipo en proporcionar formación en programas externos referidos a los problemas asociados a las drogodependencias.

Garantía y aseguramiento de la calidad

1. La CT desarrollará sistemáticamente actividades para la garantía de la calidad: a) valorando la coherencia entre la teoría del programa y su aplicación; b) mediante un programa documentado en mecanismos y actividades; c) que integra a todos los miembros del equipo y disciplinas profesionales con mecanismos de control externos e independientes de la CT.
2. Las actividades para la garantía de la calidad incluirán: a) la investigación y evaluación del programa; b) adecuación y desarrollo profesional del equipo técnico; c) revisión de la utilización de los recursos del programa y d) estudios de casos y auditoría de atención al paciente.
3. La CT elaborará una memoria anual, incluyendo: a) estadísticos sobre movimientos de pacientes; b) descripción de programas y actividades desarrollados; c) composición del equipo, formación recibida y proporcionada por el mismo; d) índices de eficacia, eficiencia y efectividad de la CT; e) balance económico; f) investigaciones realizadas y g) actualizaciones y cambios en la naturaleza, recursos y actividades.
4. La CT desarrollará estudios internos para valorar su modelo de intervención e identificar factores asociados a los resultados del tra-

tamiento y colaborará en lo posible con instituciones que desarrollan actividad científica e investigadora.

5. La CT realizará periódicamente una evaluación de su eficacia, eficiencia y efectividad que incluye la opinión y satisfacción de pacientes y otros usuarios. La información resultante serán suministrados al equipo, dirección e instituciones que apoyan a la CT y se integrarán en una lógica de progreso y mejora del programa.

6. La CT se esforzará en demostrar una localización adecuada de sus recursos materiales y humanos, mediante la aplicación de un programa que revisa la utilización de los mismos y corrige la utilización excesiva o insuficiente, así como la programación inadecuada.

7. La CT documentará que la atención clínica planificada y suministrada a los pacientes es evaluada y adaptada a las necesidades de estos, mediante reuniones para el estudio de casos y auditorías de atención al paciente. Para estos procesos se utilizará la información almacenada en el RI del paciente.

8. La CT se esforzará en detectar posibles variaciones en los servicios suministrados al paciente en relación a los criterios óptimos alcanzables. Estas variaciones serán analizadas por el personal evaluador de la calidad del servicio y se tomarán medidas correctoras validadas mediante estudios de seguimiento.

9. Los resultados de los estudios de casos y auditorías de atención al paciente son integrados en otras funciones de garantía de calidad: reasignación de tareas, control y organización de recursos, monitorización, desarrollo y formación continuada del personal y planificación de estrategias de tratamiento y actividades.

10. La CT documentará el proceso completo de evaluación de la calidad en la atención al paciente. Los resultados y recomendaciones elaboradas serán informadas al personal responsable del programa.

Financiado con la ayuda de la COMISIÓN EUROPEA.

Ni la Comisión Europea ni ninguna persona en su representación serán considerados responsable del uso que pueda hacerse de la información incluida en este documento.

Grupo Europeo sobre Indicadores de Calidad en Comunidad Terapéutica:

Jesús Martín Pozas; Coordinador, (Fundación Girasol; ICT, España); Juan Llorente (CTME Foronda; ICT, España); Paolo Stocco (Villa Renata, Italia); Claudio Bignami (La Rupe, Italia); Giuseppe Iraci (Comunità Incontro; Italia); Horst Broemer (Drogenhilfe Tannenhof – Berlín, Alemania); Rodrigo Coutinho (Ares do Pinhal, Portugal); Domingos Durán (Reencontro, Portugal); Claude Macquet (Les Hautes Fagnes, Bélgica); Pascale Croisnier (Sato Picardie, Francia); Claire Roelli, (COSTE, Suiza); Marcel van Gisbergen (Gelders Centrum Voor Verslavingszorg; Holanda); Richard Craven, (SCODA, Reino Unido); Cesáreo Fernández, Asesor Técnico, (ICT, España).

Colaboradores:

Anne d'Mello (Scottish Drugs Forum; Escocia); Penelope Alsop; (Standing Conference On Drug Abuse – SCODA; Reino Unido); Bert Kuijf (Neviv - Holanda).

> RELACIONES HUMANAS

- Las seis palabras más importantes: ADMITO QUE EL ERROR FUE MÍO
- Las cinco palabras más importantes: HAS HECHO UN BUEN TRABAJO
- Las cuatro palabras más importantes: ¿CUÁL ES TU OPINIÓN?
- Las tres palabras más importantes: HAZME ESTE FAVOR
- Las dos palabras más importantes: MUCHAS GRACIAS
- La palabra más importante: NOSOTROS
- La palabra menos importante: YO

> LOS DIEZ MANDAMIENTOS DE LAS RELACIONES HUMANAS

1. Habla con las personas

Nada hay tan agradable y animante como una palabra de saludo cordial, particularmente hoy en día en que tanto necesitamos de «gestos amables».

2. Sonríe a las personas

Recuerda que para mover la cabeza ponemos en acción 72 músculos y que para sonreír nos basta con movilizar 14.

3. Llama a las personas por su nombre

Para casi todos, la música más suave es oír su propio nombre.

4. Sé amigo y servicial

Si quieres tener amigos, sé amigo.

5. Sé cordial

Habla y actúa con toda sinceridad: todo lo que hagas hazlo con gusto.

6. Interésate sinceramente por los otros

Recuerda que sabes lo que sabes, pero que no sabes lo que otros saben.

7. Sé generoso en elogiar y cauteloso en criticar

Los líderes elogian. Saben animar, dar confianza y elevar a los otros.

8. Aprende a captar los sentimientos de los demás

Hay tres ángulos en toda controversia: el tuyo, el del otro y el del que sólo ve lo suyo con demasiada certeza.

9. Preocúpate de la opinión de los otros

Tres son las actitudes de un auténtico líder: oír, aprender y saber elogiar.

10. Procura aportar los buenos servicios que puedes hacer

Juan Miguel Llorente del Pozo
miembro del Grupo de Expertos

Cesáreo Fernández Gómez
Asesor técnico

FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES
DE INTERVINIENTES EN TOXICOMANÍAS (ERIT).
*Grupo de expertos europeos sobre indicadores de calidad
en comunidades terapéuticas para toxicómanos.*

MESA REDONDA **3**

EFICACIA DOS PROGRAMAS E PROCESOS
DAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE

**GALICIA E NORTE DE
PORTUGAL**

PONTES
CONSTRUÍMOS

CONSTRUÍMOS

PONTES

EFICACIA DOS PROGRAMAS E PROCESSOS NA CT DE PONTE DA PEDRA

Relator: Víctor Silva

EFICÁCIA DOS PROGRAMAS E PROCESSOS DA CTN-PP

EJá vem de longe a intenção de se implementar e pôr em funcionamento uma comunidade terapéutica na Região Norte.

A Lei Orgânica do ex-SPTT anunciava claramente que na tutela de cada Direcção Regional deveria existir este tipo de Unidade Especializada.

Foi, alias, na vigência dessa estrutura orgânica que forma criados os requisitos necessários para ultrapassar esta lacuna.

Creio saber que a CTN-PP nasceu de uma parceria regional constituída pela Direcção Regional Norte do SPTT, a Câmara Municipal de Matosinhos e o Centro Regional de Segurança Social.

Convenientemente e em boa hora, o Programa “Saúde XXI” aceitou e financiou a concepção arquitectónica das instalações, o equipamento e o programa de funcionamento.

Com vicissitudes várias e com indefinições locais de permeio, após dois anos sobre a conclusão das obras, foi possível tornear as dificuldades e – mais vale tarde do que nunca – abrimos as portas...

Deixem-me dizer-vos que o recorrente argumento de excesso de camas disponíveis não se observou no nosso caso.

Pelo lado da procura, a CTN-PP em articulação permanente com os CAT's, tem progressivamente crescido sob o ponto de vista da taxa de ocupação, tendo já estabilizado dentro dos parâmetros normais deste indicador de gestão assistencial.

Devo referir que inicialmente as instalações físicas e a área envolvente da Quinta da Ponte da Pedra eram exclusivamente destinados à CT; Porém, outros entendimentos e decisões técnicas posteriores apontaram para a organização de um Centro de Dia nas mesmas instalações, donde o desafio primeiro de responder à CT se transformou num outro, bem mais complexo e que assenta na coabitação de “popu-

lações diferentes em espaços comuns”. Foi com este pano de fundo que desenhamos o Programa Terapêutico, ratificado pelo Conselho de Administração em 6 de Dezembro de 2005 e que resumidamente vos apresentamos.

> PROGRAMA TERAPÊUTICO

O Programa terapêutico da CTN-PP adopta uma perspectiva bio-psi-co-social de compreensão da toxicodependência. Do ponto de vista epistemológico e meteórico, inserimo-nos numa visão construtivista des-envolvimento. Assim sendo, os objectivos primordiais da intervenção centram-se na reconstrução de significados construídos acerca de si próprio, os outros e do mundo. Isto passa pela reconstrução narrativa, tendo em vista a reconstrução de um self mais adaptativo e viável, capaz de funcionar em sociedade, criar relacionamentos afectivos, sem a mediação de substâncias de abuso.

Em termos de orientação e implementação do programa, seguimos o ASI (Addiction Severity Index) trabalhando as diversas áreas deste instrumento nas várias actividades da comunidade. Paralelamente, o ASI é utilizado como instrumento principal de avaliação, para além de outros.

O nosso programa prevê 4 fases:

- Fase 0 – Indução Terapêutica

Nesta fase, com a duração máxima de 3 semanas, o residente é integrado na comunidade, assimila as regras e o funcionamento da comunidade. Será como que a antecâmara para o programa terapêutico propriamente dito.

- Fase I – Integração e Exploração

Nesta fase, os grandes objectivos são a integração plena no funcionamento da comunidade e o início do trabalho de exploração das problemáticas psicológicas apresentadas. Esta fase está dividida em dois Estádios: O Estádio 1 dirigido para a Integração e o Estádio 2 dirigido para a Exploração das problemáticas.

Estes objectivos são trabalhados nos diversos grupos e espaços terapêuticos de formas diferentes, mas concorrendo para a mesma finalidade.

- Fase II – Desafio e Compromisso na Mudança

Nesta fase os grandes objectivos passam a ser o desafio e o compromisso na mudança, ou seja, depois da fase de exploração das problemáticas, o trabalho de resolução destas. Em termos de grupos específicos, aumenta o grau de exigência, tanto ao nível de conteúdos programáticos como ao nível de reflexão pessoal.

Esta fase inclui os Estádios 3 e 4, sendo que o Estádio 3 incide particularmente no desafio e resolução de problemas identificados (psicológicos, sociais, de competências, etc.) e o Estádio 4 no Compromisso para a Mudança e preparação da Fase III – nomeadamente com o início do trabalho ao nível vocacional/profissional.

- Fase III – Apoio na Mudança e Integração Social

Nesta fase espera-se que o trabalho esteja quase completo, ao nível psicológico e relacional, passando a dar uma ênfase maior ao apoio nas mudanças verificadas e na integração social. Esta fase inclui os Estádios 5 e 6, sendo que no Estádio 5 se recicla o trabalho e as aprendizagens feitas, direccionados para uma vida fora da comunidade e o Estádio 6 será o período de desvinculação progressiva da comunidade.

A nossa intervenção passa por um continuum gradual em termos de aquisição de competências e mudança de significados, em que, tendencialmente trabalha-se a mesma dimensão em diferentes actividades, de formas diferentes. Na CTN-PP existem 2 grandes áreas de intervenção: a da Saúde (que contempla a saúde física, psicológica, psiquiátrica e social) e a do Funcionamento Comunitário (tudo o que diga respeito à vida em comunidade).

Como em qualquer comunidade, as intervenções grupais são extremamente importantes no nosso programa. Podem ser grupos estruturados, com programa definido, tendo em vista o desenvolvimento de competências várias (como o Grupo de Desenvolvimento Pessoal e Social, O Grupo de Prevenção da Recaída, o Grupo de Prevenção e gestão de ansiedade/stress, O grupo de Educação para a Saúde, o Grupo de (re)integração na vida activa) ou de âmbito mais psicoterapêutico, como a Consulta Psicológica de Grupo e o Psicodrama.

No que diz respeito ao Funcionamento Comunitário, temos a Reunião Comunitária Semanal (a reunião “magna” da comunidade, em que estão presentes todos os técnicos e residentes), um plano semanal de actividades terapêuticas e socio-educativas, um plano semanal de ta-

refas distribuídas pelos residentes e aínda un plano, tamén semanal, de actividades de saídas ao exterior.

> CASUÍSTICA ASSISTENCIAL

(Período de 16 de Janeiro a 1 de Outubro de 2006)

O noso residente tipo é do sexo masculino, tem 32 anos, nove anos de escolaridade, é solteiro, non tem fillos. A mãe é tipicamente a persoa de referencia, non tem apoio social estável (60 por cento dos casos), vive com familia de orixe, é desempleado e tem problemas judiciais.

No que diz respeito ao CAT de Orixe, os CAT da zona norte son os que máis residentes nos envían, nomeadamente o CAT de Gondomar, Gaia, Oriental e Cedofeita, embora tenhamos residentes encaminhados por outros 10 CAT's, inclusivamente das ilhas (Madeira).

	Frecuencia	Porcent	Valle Presente	Cumulative Percent
Vila Real	1	2,8	2,8	2,8
Cedafeita	4	11,6	14,4	14,4
Diferencial	1	2,8	17,2	17,2
Oriental	7	19,6	36,8	36,8
Gaia	7	19,6	56,4	56,4
Gondomar	7	19,6	76,0	76,0
Mateusinas	2	5,6	81,6	81,6
Vila do Castelo	1	2,8	84,4	84,4
Vila Real	1	2,8	87,2	87,2
Matilde	2	5,6	92,8	92,8
Santarem	1	2,8	95,6	95,6
Beavita	4	11,6	107,2	107,2
Covilha	1	2,8	110,0	110,0
Áncora	1	2,8	112,8	112,8
Total	34	100,0	112,8	112,8

No perfil de consumos ilícitos, temos a Cannabis como droga de inicio (55 por cento dos casos); Heroína como droga principal (61 por cento) e a cocaína como droga secundaria (63 por cento). A idade de inicio de consumos ronda os 16 anos, sendo que o tempo de consumo medio até á entrada está entre os 10 e os 15 anos em 56 por cento dos casos.

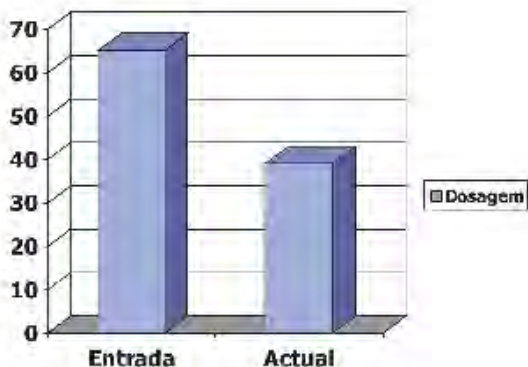
Da poboación que servimos neste período, 57,9 por cento nunca tina estado antes em Comunidade Terapêutica enquanto 42,1 já tina efectuado algun tipo de tratamento neste dispositivo.

No que diz respeito a patologias orgânicas, as mais típicas são a Hepatite c, e o VIH, embora 65 por cento dos residentes não apresente este tipo de doença. No que diz respeito a patologia psiquiátrica, 55 por cento dos residentes não apresentavam distúrbios a este nível, sendo que as patologias mais frequentes são as depressões e as perturbações de ansiedade, de acordo com os dados envidados pelos CAT.

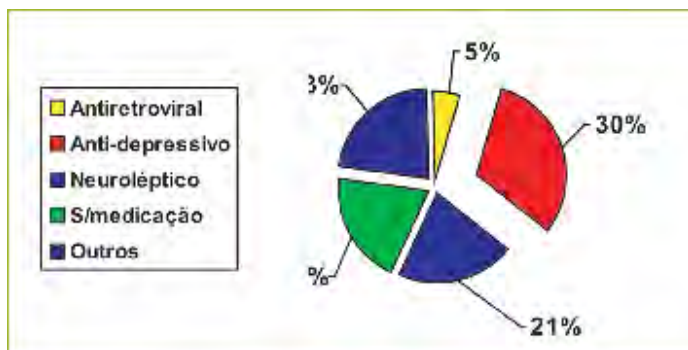
PATOLOGIA PSIQ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ansiedade	3	8.7	8.7	8.7
depressão	15	43.1	43.1	43.1
psicose	3	8.7	51.8	51.8
ansiedade e depressão	10	28.6	80.4	80.4
depressão e ansiedade	5	14.3	94.7	94.7
sem patologia	7	19.9	100.0	100.0
Total	34	100.0		

Dos nossos residentes, 31,6 por cento estavam em programa de substituição com cloridrato de metadona, sendo que a dosagem média à entrada era de 65 mg e a actual de 39 mg.



Em termos de outra farmacoterapia, 21 por cento dos residentes não estavam medicados e as medicações mais habituais eram os antidepressivos e neurolépticos.



Ao longo do internamento procedeu-se a diversas alterações das prescrições. Destacamos o aumento de tratamento com antiretrovirais e um aumento dos residentes sem medicação

Medicação	Entrada	Actual
Antiretroviral	2	8
Antidepressivo	12	14
Neuroléptico	8	8
Outros	9	16
S/medicação	8	10
Insulina	1	1

O tempo médio entre a recepção da proposta e a entrevista é de 16 dias (contando com fins-de-semana) e entre a entrevista e a admissão de 19 dias.

A taxa de ocupação da Comunidade Terapêutica do Norte rondou os 64 por cento, com o tempo médio de internamento de 71 dias. A taxa de abandono foi de 43 Por cento, números satisfatórios para o primeiro ano de funcionamento.

> NOTA FINAL

O Programa da CTN-PP visa intervir ao nível do tratamento e (re) integração social através do internamento parcial ou total. O objectivo é a (re) aprendizagem de um estilo de vida não tóxico que permita, de uma forma sustentada e continuada reforçar o seu estatuto de cidadão deixando de ser uma pessoa (estigmatizada) para se tornar tão só cidadão útil e não apenas um contínuo ex-toxicodependente. Através de programas estruturados que colocam o acento tónico no “ser em si” enquanto pessoa e cidadão desenvolvemos um trabalho que releva o grupo enquanto modalidade terapêutica tendo por base a crença de que a relação inter-subjectiva/comunicacional é um factor de potencialização de transformação da vida.

Estes programas, espaços de relação terapêutica enquanto possibilidade reparadora, transformadora e criativa, assentam também na crença de que há recursos pessoais a potenciar em cada um dos residentes, apesar das suas histórias e contextos de vida (geradores de vulnerabilidades) possibilitando, através da relação, o encontro de cada um consigo mesmo.

Neste sentido, todas as intervenções têm como prioridade a dimensão interna, ou seja, facilitar a cada indivíduo uma oportunidade de (con) viver melhor com a sua própria realidade.

Para além deste trabalho, operamos também numa dimensão externa tanto quanto possível ao nível dessa mesma realidade, no sentido de identificar as dificuldades, de tentar promover alternativas, de facilitar a comunicação e potenciar recursos.

Parece-nos óbvio que também na sociedade terão de produzir-se mudanças que a tornem menos vulnerável à incidência da doença

mental, bem como admita de uma forma acolhedora os desiguais e os diferentes.

A verdadeira integração é um encontro entre a vontade de ser pessoa activa da sociedade e a vontade desta aceitar a (re) inclusão do indivíduo.

Valorizamos também a intervenção com as famílias no sentido da criação de relações mais viáveis, que passam pela (re) aprendizagem do valor e do prazer decorrente das mesmas.

Do ponto de vista funcional, estes programas mobilizam áreas de intervenção no âmbito da saúde física, do emprego e suporte económico, do abuso de álcool e drogas, área legal, familiar e social, psicológica e educativa.

A avaliação das necessidades de cada residente e do grupo, a sensibilidade clínica face às prioridades e a visão sistémica dos comportamentos e da comunicação assim como a co-construção de um projecto individual de tratamento, em grupo, e de (re) integração social são os grandes desafios à competência técnica e humana de uma equipa que se divide pelos dois programas residenciais da CTN-PP. Podemos ainda partilhar que este projecto tem sido também para nós técnicos um processo contínuo de co-construção de saberes, de formas de agir e (porque não) sentir, visando a prestação de cuidados e ajuda mais efectiva às pessoas que vêm ter connosco.

Deste desafio faz par, inevitavelmente, a articulação institucional e inter-institucional, numa lógica de diálogo constante, trabalho em rede, ou não fosse a nossa área de intervenção a toxicodependência...

Se podemos falar de matéria / Obra-prima nesta dimensão, estamos a falar de (re) aprender a cuidar e ser cuidado, a conter a ansiedade e definir limites, a expressar medos e afectos de formas adequadas.

Paula Sobrinho
António Carlos Ferreira
Víctor Silva

PROGRAMAS E PROCESOS NAS CT DE GALICIA

Relatora: Ana González López

> ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LAS CT

- **Marco físico:** “Residencial”
- **Sistema microsocioal**
- **Tratamiento profesional**

La CT es un Tratamiento integrado dentro de un sistema de intervención más amplio, que posibilite el principio de “continuidad terapéutica”.

> PRINCIPIOS DE ACTUACION DE LAS CT

- Cientificidad, evaluación y diagnóstico.
- Tiempo límite de estancia (6-8 meses).
- Existencia de un documento.
- Control objetivo de presencia/ausencia de consumo de drogas.
- Consideración de la drogodependencia como un trastorno biopsicosocioal.

> POBLACION RECEPTORA (Criterios de inclusión preferentes)

- Desestructuración familiar y/o social.
- Necesidad de aislamiento del medio.
- Fracaso en anteriores tratamientos en medio ambulatorio.
- Situación judicial problemática.
- Motivación para el cambio de estilo de vida

(No serán motivos de exclusión)

- Falta de familiar o persona responsable del tratamiento.

- Programa terapéutico.
- La comorbilidad psiquiátrica.

(Situaciones especiales)

- No padecer enfermedades o discapacidades que imposibiliten la normal participación en las actividades programadas.
- Ingreso de **familiares o parejas**.
- **Tratamientos alternativos** a la privación de libertad.

> PROGRAMAS RESIDENCIALES PGD

• **Objetivo general**

Promover la competencia personal y el autocontrol sobre el consumo de sustancias, así como un nuevo estilo de vida en su entorno social.

• **Objetivos específicos**

- _ Desarrollar hábitos de trabajo.
- _ Facilitar el acceso a niveles socioculturales básicos.
- _ Valorar y disfrutar momentos de ocio sin consumir drogas.
- _ Adquirir y/o recuperar hábitos de higiene y salud.
- _ Desarrollar mayor capacidad de socialización y convivencia.
- _ Adquirir y/o aumentar la responsabilidad y el autocontrol.
- _ Seguimiento y control de patologías asociadas.
- _ Facilitar el proceso de incorporación social.
- _ Desarrollar habilidades de afrontamiento en situaciones de consumo de drogas.

> PROGRAMAS RESIDENCIALES (Sistemática)

1. Derivación (a través de las UAD del PGD)
2. Proceso de valoración
3. Estadía
4. Finalización del tratamiento

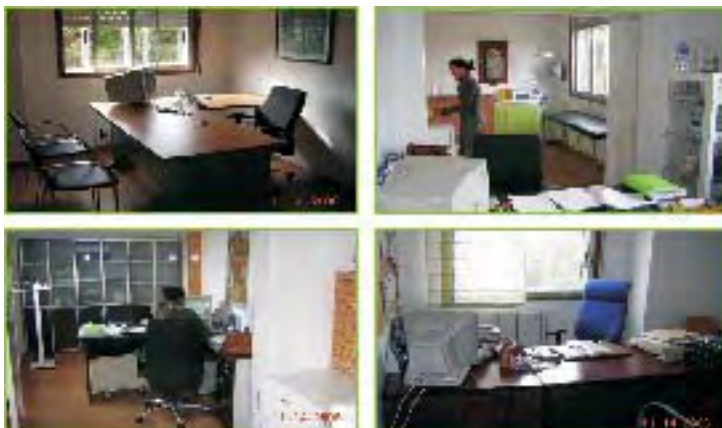
> AREAS DE INTERVENCION EN CT

- Área de salud
- Área de empleo/apoyo
- Área de conducta adictiva
- Área judicial
- Área de relaciones familiares y sociales
- Área psicológica
- Área comunitaria-educativa

“Andaríamos mejor si no fuera porque hemos construido demasiados muros y no suficientes puentes”

Datacraft

COMUNIDAD TERAPÉUTICA ALBORADA







COMUNIDAD TERAPÉUTICA FONTE DO OURO







COMUNIDAD TERAPÉUTICA FONTE O CONFURCO





MESA REDONDA **4**
WAY BELOW

DIFERENTES
POBOACIÓNS,

**DIFERENTES
INTERVENCIONES**

CONSTRUÍMOS **PONTES**

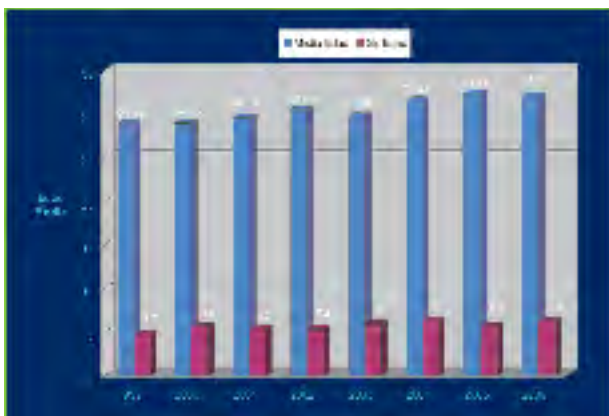
CONSTRUÍMOS

PONTES

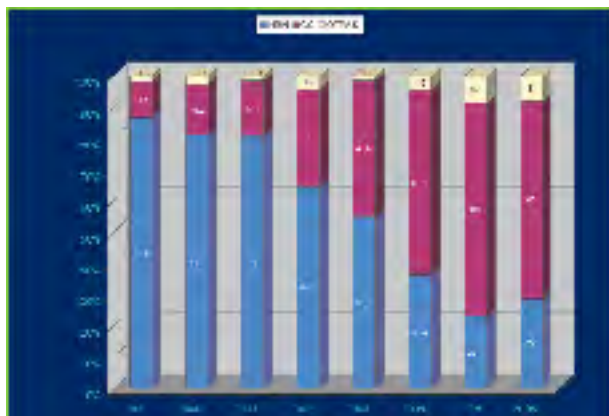
CT VERSUS PROGRAMA RESIDENCIAL: A ADAPTACIÓN CONSTANTE

Relator: Manuel Lloves Morafinos

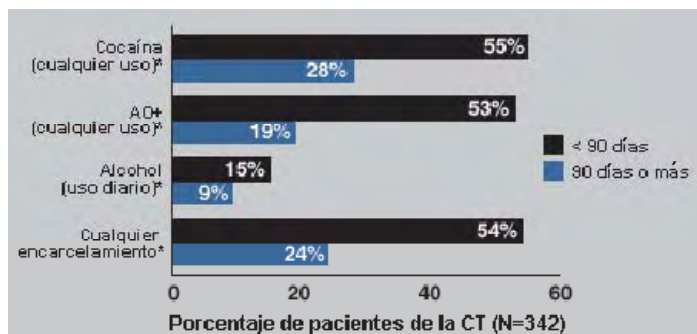
> EDAD AL INGRESO



> DROGA PRINCIPAL AL INGRESO%



> RESULTADOS DESPUÉS DE UN AÑO PARA LAS ESTANCIAS MÁS CORTAS Y MÁS LARGAS EN EL TRATAMIENTO DE LA CT(NIDA)

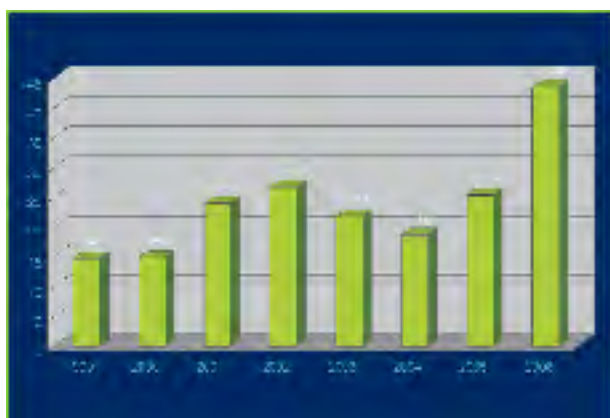


$p < .01$ en las cuatro medidas.

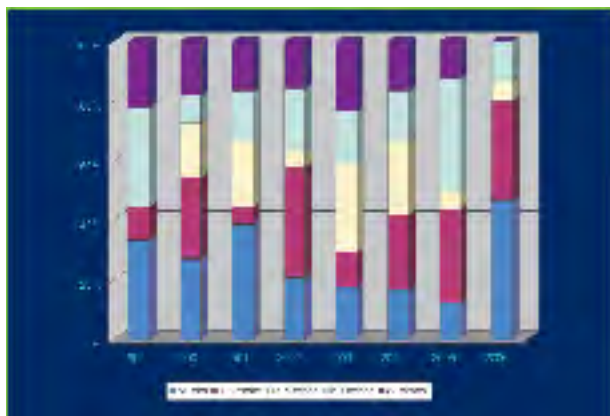
El uso de cocaína, de alcohol y el hecho de haber sido arrestado son medidas reportadas por los propios pacientes durante los 12 meses después del tratamiento. El A.D.+ indica una prueba de orina positiva en la entrevista de seguimiento.

Fuente: Simpson y colegas, *Psychology of Addictive Behaviors*, 11:264-307, 1997.

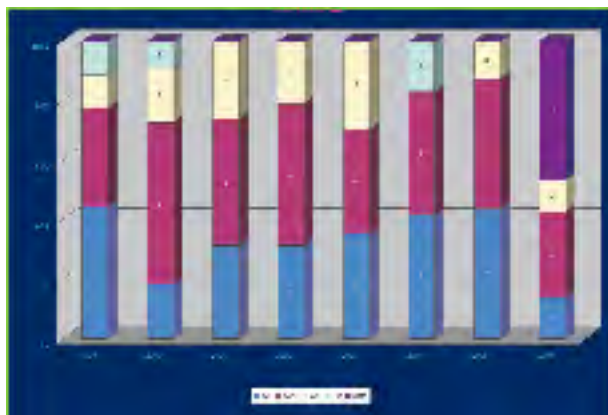
> % PATOLOGÍA DUAL



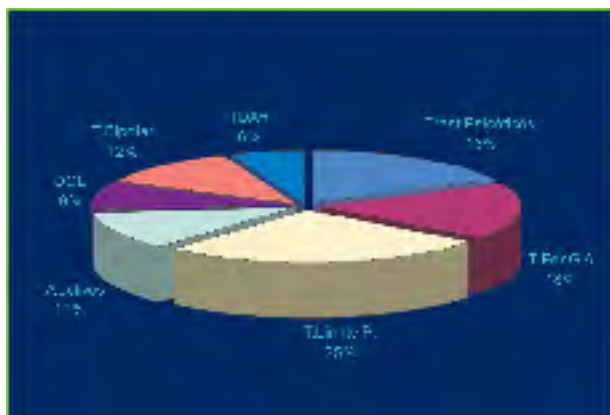
> **PATOLOGÍA DUAL:
TIEMPO A TRATAMIENTO**



> **PATOLOGÍA DUAL:
MOTIVO DE ALTA**



> PSICOPATOLOGÍA DE LA CT: AÑO 2006



LOS PROGRAMAS RESIDENCIALES (CT)

> ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LAS CT

- _Marco físico
- _Sistema microsocial
- _Tratamiento profesional
- _Principio de “continuidad terapéutica”

> ASPECTOS QUE NO DEBERÍAN MODIFICARSE EN LAS CT

- _Carácter residencial
- _Fuerza de grupo
- _Abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo

> DESVENTAJAS DE LAS CT vs. ALTERNATIVAS

.Convivencia solo entre toxicómanos: desencadenante mutuo de consumo.

.Simplicidad de la vida en CT: no se plantean problemas relevantes de la vida cotidiana, existe cierta “infantilización”.

.Estancias demasiado largas: problemas de hospitalización (pasividad y apatía).

.Escasa conexión entre la CT y la UAD de referencia: dificultad de dar continuidad a lo trabajado en CT.

.Convivencia con otras adicciones y patologías mentales: imagen diferente de su problemática

.Mayor validez externa de las CT: actividades más adaptadas a la realidad.

.Duración en el programa según criterios de “mejora de conducta”: responsabilización en su proceso de cambio.

.Mayor acoplamiento con programas de rehabilitación ambulatorios: mayor probabilidad de reinserción.

> NUEVAS TIPOLOGIAS A TRATAMIENTO EN LAS CT

- No necesitan modificaciones en el programa
 - _Cumplimientos alternativos a la privación de libertad
 - _Transeúntes (*Homeless*)
 - _Población adulta >35-40 años (heroínómanos)
- Necesitan modificaciones en el programa
 - _Consumidores de drogas de síntesis y psicoestimulantes
 - _Menores
 - _Reingresos –Usuarios que rotan por los servicios
 - _Programas de agonistas opiáceos
 - _Diagnósticos duales
 - _Daño cerebral

> CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE LAS CT

- Déficits cognitivos
 - _DCL: alteración de la memoria episódica y semántica, déficit de funciones ejecutivas, déficit de atención.
- Trastornos psicopatológicos:
 - _TOC, TDAH, TP, P. Dual,...
- Escasa conciencia del déficit
 - _Falta de motivación hacia el tratamiento
 - _Conductas de riesgo
 - _Expectativas inadecuadas
 - _Nula implicación en el tratamiento
 - _Pobre participación en las actividades
 - _Atribución externa, tanto de éxitos como de fracasos

> LA PATOLOGIA DUAL EN LAS CT: CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA

- Alteraciones cognitivas
 - _Ejecutivas
 - _De atención
 - _De memoria
- Alteraciones de la conciencia sobre las propias capacidades
- Aprendizaje disfuncional o pérdida de aprendizaje social
- Alteración de la cognición social
- Alteración de otros procesos moduladores de la conducta
 - _Pérdida de iniciativa - APATÍA
 - _Inhibición de respuesta

> LA PATOLOGÍA DUAL Y EL TRATAMIENTO EN LAS CT: COMPLICACIONES

- **Deterioro cognitivo crónico** secundario al consumo de sustancias
 - _ Disminución de la memoria a corto plazo
 - _ Alteración de la **atención y la concentración**
 - _ Alteración de la **regulación del afecto**
 - _ Alteración de la **abstracción lógica**
 - _ Alteración de la **introspección y la comprensión**

Estas alteraciones interfieren con la capacidad de seguir los grupos y puede interpretarse, de manera errónea, como **desinterés**.

La incapacidad de comprender o reflexionar sobre su comportamiento puede interpretarse como **falta de motivación**.

La dificultad para tolerar la **estimulación emocional** y los **límites impuestos** puede producir **ataques de ira** y consecuentemente la **expulsión del centro**.

> LA IMPORTANCIA DE LOS REPERTORIOS BÁSICOS

Los problemas que aparecen durante el tratamiento de los consumidores de sustancias, deben considerarse no únicamente como indicadores de la posible existencia de alteraciones psiquiátricas, sino también de **lesiones neurológicas**.

Entrenamos en resolución de problemas, detección de SAR, estrategias de “coping” frente al EVA a sujetos afectados probablemente a nivel neuropsicológico.

¿No deberíamos iniciar los programas con un entrenamiento en **repertorios básicos** de cara a una mejora de la atención y de las funciones ejecutivas?

> PROBLEMÁTICA SANITARIA EN CT

- Consumidores de cocaína
 - _ Secuelas de la interacción cocaína + alcohol (cocaetileno)

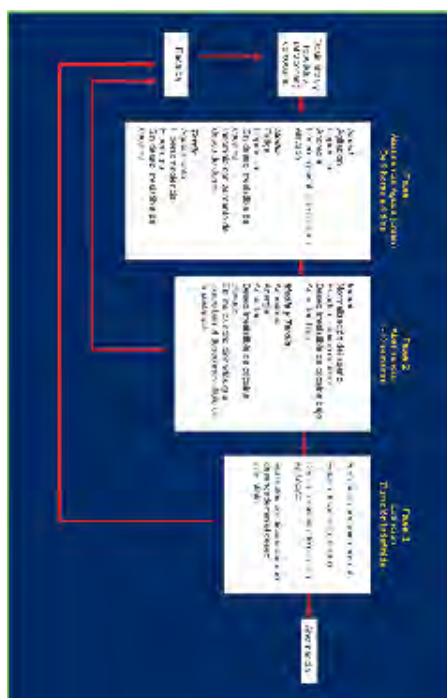
_Abstinencia “fase 2”-media y tardía (Gawin y Kleber, 86)

- Mayor índice de patología dual
- Incremento de crisis agudas en el internamiento

_Ataques de ira
_“Panic attacks”

- Trastornos severos del sueño
- Aparición de deterioro cognitivo de tipo crónico / DCL

➤ FASES DE LA ABSTINENCIA DE COCAÍNA (Gawin, FH, Kléber, HD. 1986)



PROBLEMÁTICA SOCIAL EN CT

- Familias adaptadas más tolerantes ante la drogodependencia
- Valores sociales acordes con el “todo vale” a la hora de divertirse y relacionarse socialmente

_ “After ours”

_ El fenómeno del **botellón**

- Relaciones sociales “adaptadas” que consumen, difíciles de extinguir
- Futuro incierto ya que retornarán a su anterior estilo de vida “adaptado”
- Refuerzo de sus “conductas inadecuadas” por medio de la “atención social”

PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA EN CT

- Menor sensación de competencia personal
- Escasa conciencia del déficit
- Pocas expectativas de eficacia de resultado
- Mecanismos de CC y CO (est. condic. que activan “craving”)
- Aumento de trastornos del estado de ánimo (ataques de pánico, depresión, anhedonia, TOC,...)
- Elevada correlación con trastornos de personalidad a edades tempranas

MODELOS DE DESHABITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

> EL ELEMENTO EMOCIONAL

- **La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991)**

_ Ayuda al usuario a través de **explorar** y **resolver** las **ambivalencias** de sus emociones contrapuestas con respecto al abandono del consumo de sustancias.

_Adecuado para usuarios

- .Sin conciencia del problema
- .Poco motivados
- .Carentes de voluntad de cambios

> EL ELEMENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

• La prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985)

_Programa de autocontrol diseñado para anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el ámbito de las conductas adictivas

_Combina:

- .Procedimientos conductuales de entrenamiento en HH.SS.
- .Terapia cognitiva
- .Reequilibrio del estilo de vida

> EL ELEMENTO AMBIENTAL

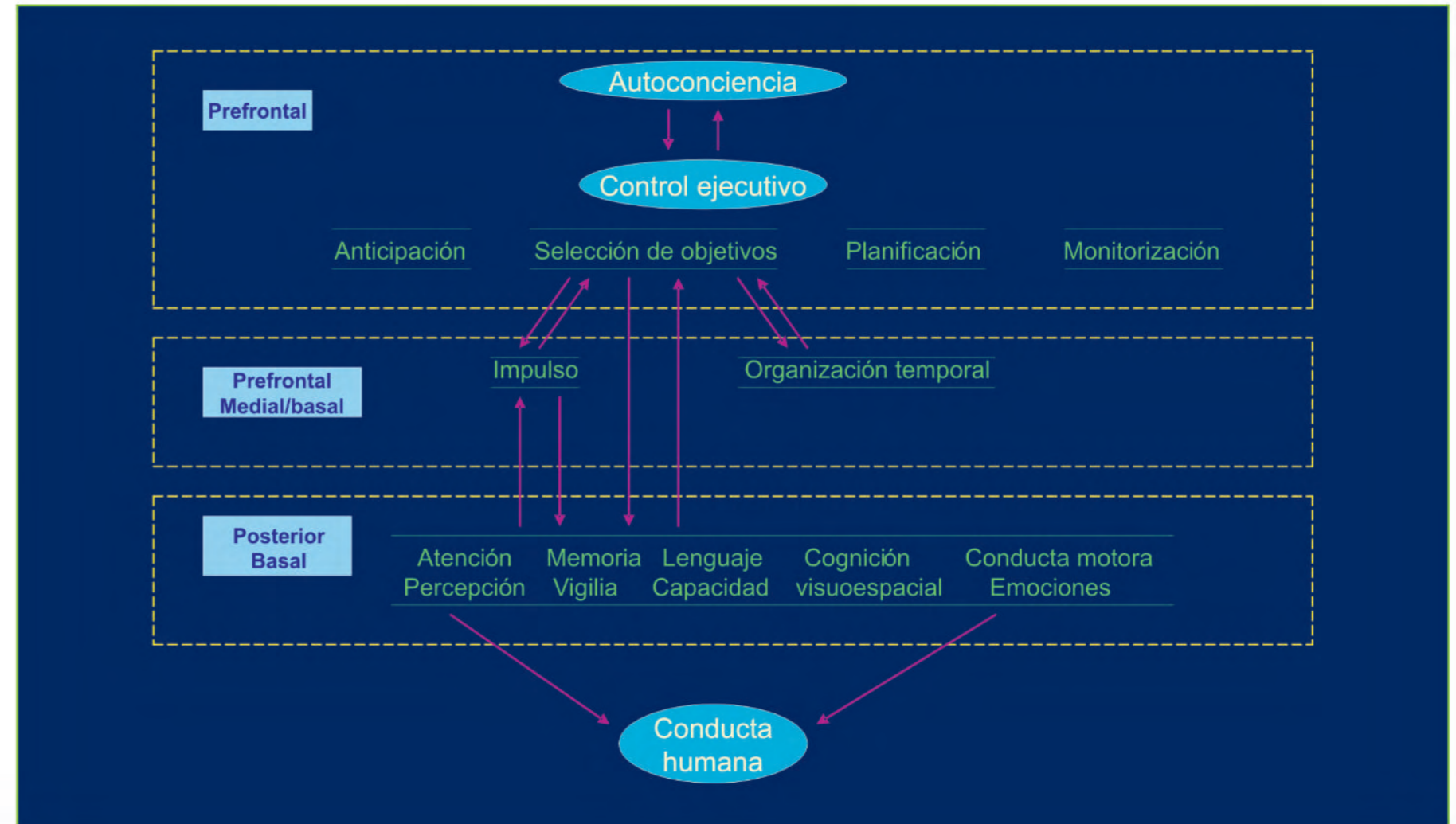
• El trabajo con redes sociales (Pineda y Torrecilla, 1999 ; Dobkin y cols., 2002)

_Centrado en la función que algunos elementos ambientales como el estrés y los estímulos condicionados representan en el proceso adictivo.

_Trabajo orientado hacia:

- .Minimizar el apoyo de la red al consumo de drogas
- .Vincular a la red nuevos sujetos con estilos de vida libres de drogas
- .Fomentar la estima del adicto hacia los miembros de su red

> MODELO DE FUNCIONAMIENTO CEREBRAL
El modelo jerárquico de Stuss y Benson (1986, 1991)



LA TERAPIA DE DESHABITUACIÓN

> La interacción entre los modelos de deshabituación y jerárquico de funcionamiento cerebral

Pretende provocar cambios que afectan a todos los niveles jerárquicos del modelo de Stuss y Benson:

- Mejorar la conciencia del problema (nivel de **autoconciencia**)
- Mejorar el autocontrol (nivel de **control ejecutivo**)
- Mejorar la motivación y reducir el “craving” (nivel de **control de activacion de acciones**)
- Modificar las percepciones aminorar el significado emocional de la sustancia y desconectar las asociaciones entre estímulos condicionados e incondicionados (nivel de **funciones mentales básicas**)

INTEGRACIÓN DE MODELOS DE INTERVENCIÓN

Nivel Jerárquico	Funciones Mentales	Áreas Cerebrales	Técnicas de Rehabilitación
1	AUTOCONCIENCIA	PREFRONTALES	Entrevista Motivacional
2	FUNCIONES EJECUTIVAS	PREFRONTAL	Técnicas Autocontrol / Manejo del E.V.A
3	IMPULSO – MOTIVACION	MEDIAL	Evitación de Estímulos
3 y 4	BASICAS: Memoria y Secuenciación de la Conducta	MEDIAL Y POSTERIOR	Exposición + Prevención de Respuesta
4	BASICAS: Memoria	POSTERIORES	Detección de Situaciones de Riesgo

PATOLOGÍA DUAL

> Recomendaciones para su tratamiento en CT

- Flexibilidad en el tiempo de estancia.
- Atención más individualizada. Mayor énfasis en el **entrenamiento, la enseñanza y la instrucción**.
- Mayor utilización del **juego de rol**, de la **reafirmación positiva** y de una correcta **conducta social**.
- Adecuar la “aplicación de contingencias”. Menor énfasis en el **encuentro, la confrontación** y el cumplimiento de las **reglas del programa**.
- Actividades ocupacionales adaptadas. El régimen de actividades organizadas suelen frustrar a estos pacientes que no están acostumbrados a:
 - _Demandas sociales
 - _Presión del grupo
 - _Manejo emocional
- Diagnósticos más precisos al ingreso, o en la primera fase de estancia en el centro.
- Acomodar el **régimen diario** a la menor capacidad de **atención y tolerancia** del usuario:
 - _Menor duración de todas las actividades
 - _Mayor número de descansos durante la jornada
- El aspecto principal a tratar en las CT será el **aprendizaje de la tolerancia**.
 - _Mayor frecuencia y menor duración de las sesiones para incrementar los niveles de tolerancia.
- Mayor tolerancia hacia las diferencias individuales. Acomodar el régimen diario a la menor capacidad de **atención y tolerancia** de estos usuarios.

EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

> NIVEL 1 (entre 1,5 y 2 meses aprox.)

- ÁREA 1 - Evaluación (I)

- _ Fenomenológica (Hª clínica, Hª de aprendizaje, Europ-ASI, procesos y estadios de cambio...)

- _ Pruebas de "screening" (psicopatológico: SCL-90-R. Neuropsicológico: Stroop, Trail Making Test, Finger Taping, Subtests manipulativos de Weschler, Subtests Memoria Luria, TRVB)

- ÁREA 2 - Reestructuración de las ideas del usuario y su familia sobre la adicción (G ó I+F)

- _ Adquisición del comportamiento adictivo

- _ Cuál es el daño

- _ Tiempo que cuesta adaptarse al cambio

- _ Significado de la rehabilitación

- ÁREA 3 - Comprensión de las normas y el modelo de la CT, y la evitación de las situaciones de riesgo mientras permanezca en el Centro (G ó I+F)

- _ Explicación de las normas básicas de la CT, así como el modelo que subyace a las actividades del centro y a la validez externa del mismo

- _ Armonizar expectativas y objetivos terapéuticos en relación a la psicología, vida social y familiar, trabajo y ocio del paciente

- _ Definición y descripción general de la recaída

- _ Explicación general de la red social y su importancia en la rehabilitación y en el cambio de estilo de vida

> NIVEL 2 (entre 2º y 4º mes aprox.)

- ÁREA 4- – Red social (I+F+G)

_Convivencia Familiar / social: busca la participación activa de la familia, normalizar la convivencia familiar y generar pautas de “manejo familiar”

_Evaluación:

- .De la interacción familiar
- .De las áreas problema
- .De posibles “negociadores”
- .Operativizar el Lenguaje

_Intervención:

.Bases de la interacción: explicar el planteamiento de la intervención familiar y explicar la Toxicodependencia y la retroalimentación familiar

.Refocalización: descentrar la atención del paciente y de los temas negativos y centrarse en qué cosas positivas pueden realizar los miembros de la familia

.Negociación: seleccionar las conductas objetivo, aprendizaje de la negociación de forma operativa y enseñar habilidades de comunicación y de resolución de problemas en la familia

.Planificación de actividades

- ÁREA 5 – El proceso de rehabilitación (I ó G)

_Evaluación psicométrica complementaria (personalidad: MMPI-2, MCMI-II; neuropsicológica: WAIS-III; ANÁLISIS FUNCIONAL)

_Identificación de estrés y estrategias de afrontamiento (programa de inoculación de estrés)

_Reestructuración cognitiva

_Rehabilitación neurocognitiva (repertorios básicos – atención, memoria, conciencia del déficit, funciones ejecutivas-)

- ÁREA 6 – Práctica en técnicas de afrontamiento en SAR y en situaciones cotidianas que generen conflicto emocional (I ó G)

_Relajación (muscular y respiratoria)

_Estrategias de “coping” (HH.SS. y resol. problemas)

> NIVEL 3 (entre 4º y 5º mes y la finalización del tratamiento)

- ÁREA 7- – Red social (G ó I)

_Conocimiento y uso de las Agencias Comunitarias (Cursos de aprendizaje, ocio, trabajo, retomar contacto con su UAD de origen)

_Convivencia familiar/social (continuar con lo iniciado en el área 4 del nivel 2)

- ÁREA 8 – El proceso e rehabilitación (G ó I)

_Identificación de SAR y estrategias de PR

_Fase de “disputa” de las Creencias Irracionales

_Consolidación de los logros obtenidos en la rehabilitación neurocognitiva

- ÁREA FINAL (G. F ó I)

_Decisión del tipo de programa con el que va a continuar

_Plantear y consensuar los objetivos al alta, con el usuario y su terapeuta de la UAD de origen

_Realizar informe al alta en base a las áreas y niveles de intervención

INTERVENCIÓNS INDIVIDUALES

- Psicodiagnóstico

_Neuropsicológico

_Personalidad
_Análisis funcional

- Programa de inoculación de estrés
- Manejo de ansiedad y desensibilización sistemática
- Reestructuración cognitiva
- Prevención de recaídas individual
- Búsqueda de reforzadores alternativos
- Entrenamiento en planificación de actividades



INTERVENCIÓNS INDIVIDUALES

INTERVENCIÓNS SÓLO CON LA FAMILIA

- Enseñar a la familia a diferenciar y analizar la conducta del drogodependiente con y sin droga.
- Enseñar a las familias a analizar sus reacciones ante el problema de las recaídas, y la incidencia que éstas tienen o han tenido.
- Enseñar a los familiares a fomentar la comunicación y solución de problemas en familia.
- Enseñar a los familiares a establecer pautas de convivencia.

INTERVENCIÓNS CON LA FAMILIA Y EL INTERNO

- Normalización de la convivencia familiar (habilidades de convivencia).
- Generar pautas de “manejo familiar”. Promover mayor satisfacción en cada miembro.
- No es que cambien para que el toxicómano se sienta más a gusto.
- No es para buscar la abstinencia del toxicómano, sino para mejorar sus relaciones.

ADAPTACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS AL PROGRAMA RESIDENCIAL

- Incorporación de nuevos profesionales para tender a la **especialización**.
- Presencia de personal auxiliar y de servicios
 - _ Vigilantes
 - _ Cocina
 - _ Administrativo
 - _ Limpieza
- Formación continua y supervisión externa
- Ratio paciente-profesional más adaptada a las intervenciones individuales
- Coordinación con recursos externos.



O EDUCADOR/A SOCIAL NAS CCTT

Relatores: María Helena Silva e Alfonso Tembrás López

“Cada vez que se mencionan as grandes inxuedanzas do noso tempo -o racismo, a intolerancia, a violencia, o abuso de drogas, etc.- chégase á mesma conclusión: son cuestións que deben afrontarse desde a escola”

(educación) **Savater, F.** (1997): *El valor de educar.* (contraportada)

Non resulta difícil atopar referencias en diferentes disciplinas respecto ao papel fundamental da educación como estratexia tanto para a prevención como cando, unha vez desenvolto un problema, se precisan apoios para resolvelo.

Quizais por estas razóns, desde os seus inicios a denominación máis habitual dos profesionais de atención directa que traballamos nas CT é a de **educador/a**.



A pesar da consideración desde o punto de vista teórico, e do peso do noso labor, pois constituímos o grupo de profesionais de atención directa máis numeroso, na práctica non se vai traducir necesariamente na consideración de criterios socioeducativos na toma de diversas decisións e do labor dos/as educadores/as.

Son varios os motivos que poden ser a causa deste rol que Domingo Comas definiu como marxinal. No mesmo sentido, Olivar, A. (2005) sinala diversas razóns que, con carácter xeral, poden xustificar esta situación:

- Emprego da etiqueta “educativo” asociado a diversos programas aínda que, se se profundiza, “non se descubren modelos educativos ou socioeducativos de partida, nin argumentos pedagóxicos que sustenten tal denominación”.
- Crenza de que “calquera pode educar”
- “Limitación da educación ás actuacións con menores de idade, porque supostamente só se é educabe nesas idades”.

Dun xeito máis específico, no caso dos /das educadores/as en CT, a estas razóns de carácter xeral súmase unha explicación máis concreta que podemos atopar na traxectoria histórica que compartimos co propio recurso: nun principio non era infrecuente que educadores e educadoras foran persoas que pasaran polo propio recurso coma usuarios e xa estaban “rehabilitados”. Conforme o recurso se vai profesionalizando, persoas de diverso perfil formativo vanse facendo cargo destas tarefas, e, posiblemente, todo isto contribúa ao feito de que a profesión de educador/a sexa para algúns unha **profesión baixo sospeita**.

> A NORMALIZACIÓN DA PROFESIÓN

No noso ámbito, prodúciñose procesos similares aos outros ámbitos propios dos educadores/as sociais (servizos sociais, educación de adultos, ...) que pouco a pouco foron consolidando a nosa profesión. Fitos importantes neste proceso son:

- A titulación universitaria da **Diplomatura de Educación Social** regúlase no R.D. 1420/1991.
- O Colexio de Educadores Sociais de Galicia, o CESG foi creado pola **Lei 1/2001, do 22 de xaneiro, de creación do Colexio de Educadores Sociais de Galicia**, co fin de velar polos intereses e ordear o exercicio da profesión, entendéndose como unha garantía para os sectores sociais máis desfavorecidos aos que se dirixe a acción daqueles.

- Na Asemblea Xeral do CEESG de 2004 apróbase o **Código Deontolóxico do Educador e da Educadora Social**.
- Por último, e cando facemos esta presentación, nas Cortes estase a discutir o proxecto de creación do **Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales**.

> A MODO DE DEFINICIÓN

Non resulta doado facer unha definición nunha profesión que abranque un número enorme de ámbitos de actuación. De acordo co RD 1420/1991 “as ensinanzas conducentes á obtención do título oficial de Diplomado en Educación Social deberán orientarse á formación dun educador nos campos da educación non formal, educación de adultos (incluídos os da terceira idade), inserción social de persoas desadaptadas e minusválidos así como na acción socioeducativa”.

Nesta definición recóllese a súa índole pedagóxica, e dentro desta mais especificamente seu carácter non formal e os ámbitos que inicialmente son considerados baixo esta denominación: a “educación especializada”, a “animación sociocultural” e a “educación de adultos”.

Máis recentemente elaborouse unha definición que está recollida no capítulo primeiro do Código Deontolóxico do Educador e a Educadora Social onde se define a Educación Social como **“unha profesión de carácter pedagóxico, xeradora de contextos e accións mediadoras e formativas que son ámbito de competencia do/da educador/a social, posibilitando:**

- **A incorporación do suxeito da educación á diversidade de redes sociais, entendida como desenvolvemento da socialización, a sociabilidade e a circulación social.**
- **A promoción cultural e social, entendida como apertura a novas posibilidades de adquisición de bens culturais que amplíen as perspectivas educativas, laborais, de ocio e de participación social”.**

E quizais esta referencia a **“unha profesión de carácter pedagóxico, xeradora de contextos educativos e accións mediadoras”** sexa moi esclarecedora respecto do noso papel nun recurso como as CT, onde estes aspectos teñen, ao noso parecer, un carácter esencial.

> A INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA EN CT

Como comentamos máis arriba, os/ educadores/as constituímos o grupo de profesionais de atención directa máis numeroso. Isto significa que compartimos cos nosos usuarios unha significativa cantidade de tempo e múltiples espazos, o que, entre outras consecuencias, dá lugar a un importante nivel de implicación persoal.

Outra das características do noso traballo é que formamos parte dun amplo **equipo multidisciplinar** (abordaxe bio-psico-social) o cal xenera unha multiplicidade de perspectivas que é preciso conxugar e, aínda que en ocasións pode provocar dificultades, resulta enormemente enriquecedor.

- O recurso onde traballamos está inserido nunha ampla rede de atención (RECURSO DE 3º NIVEL), o que significa a necesidade de manter relacións con recursos doutros niveis (unidades de desintoxicación, unidades asistenciais, ...) e doutros ámbitos (servizos sanitarios, servizos sociais comunitarios, servizos de emprego, ...)



Outro aspecto fundamental é a existencia de **múltiples “espazos para a intervención”** cun maior ou menor grao de estruturación. Como sinalabamos antes, compartimos cos usuarios moitos espazos e tempos e estamos presentes en boa parte das situacións que acontecen na CT, o que posibilita coñecer os usuarios en múltiples escenarios e fai posible intervir con eles en diversos aspectos cara a favorecer cambios (“PEDAGOXÍA DA VIDA COTIÁ”).

Outro dos aspectos da CT é a posibilidade de intervir dun xeito intensivo durante un período prolongado de tempo, tanto a nivel individual coma a nivel grupal, e intentar incidir sobre diversos aspectos dos usuarios e do seu contexto (familia, rede social, ...).



O desenvolvemento do programa de CT dá lugar a diversos espazos estruturados de intervención como son titorías, talleres (saúde, habilidades sociais, prevención de recaídas, ...), actividades formativas e culturais (comprensión lectora, alfabetización, busca de emprego, ...), planificación e avaliación cos usuarios do traballo semanal, asemblea, ... Este último espazo é un dos máis característicos da CT e dos mellor valorados polos nosos usuarios.

Como resumo, en liñas xerais, e xunto con outros/as profesionais, os/as educadores/as sociais desenvolvemos tarefas relacionadas co:

- **Acompañamento educativo:** como sinalabamos antes, compartimos cos usuarios moitos espazos e tempos e estamos presentes en boa parte das situacións que acontecen na CT, o que posibilita coñecer os usuarios en múltiples escenarios e traballar cos usuarios neles cara a favorecer cambios.
- **Deseño e desenvolvemento** de diversos aspectos do programa intentando acomodar a resposta ás características dos usuarios.
- **Soporte:** a intensividade do programa e o feito de que os usuarios permanezan no recurso durante un longo período de tempo suscitan unha enorme cantidade de necesidades ás que é preciso dar resposta

en cada momento (alimentación, mantemento das instalacións, ritmo horario, infraestrutura material das diferentes actividades, ...).



> EXEMPLOS DE ESPAZOS ESTRUTURADOS SON:



- Titorías
- Talleres: saúde, habilidades sociais, prevención de recaídas, ...
- Actividades formativas-culturais: comprensión lectora, alfabetización, busca de emprego, ...

- Planificación e avaliación do traballo semanal
- Asemblea

Manuel Adame

CT Alborada

Pedro Inglés

CT O Confurco, Asfedro

Alfonso Tembrás

CT Fonte Daura, Aclad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- *CESG (2004): Código Deontolóxico do Educador e da Educadora Social. Dispoñible en <http://www.colexioeducadores.com/documentos/codigo.pdf>.*
- *Comas, D. (1994): El educador social en drogodependencias. En Muñoz, A. : El educador social: profesión y formación universitaria. Madrid. Editorial Popular.*
- *Olivar, A. (2005): La Educación Social en el tratamiento de Drogodependencias. Revista Peruana de Drogodependencias. Vol. 3, Nº 1, p. 159-186.*
- *Savater, F. (1997): El valor de educar. Madrid. Editorial Ariel.*

ANEXO:

CARTEIS

PONTES
CONSTRUÍMOS



Historial:

A Comunidade Terapêutica foi criada em Junho de 1978.
É uma Unidade Especializada do IDT Delegação Regional do Centro.



Modelo:

O modelo subjacente à intervenção na CTAI fundamenta-se num conjunto de três concepções distintas, mas interdependentes: Conceito de Moratória psicossocial; Contributo de Maxwell Jones e das Daytop Village Americanas.
Programa para 12 Residentes, com 4 Fases – 10 Meses

População Alvo:

Politoxicod dependentes com Indicação Clínica para internamento prolongado:
? Sexo Masculino e Feminino
? Mães/Pais com Filhos
? Duplo Diagnóstico
? Programas de Substituição

Características Terapêuticas:

- ✓ Actividades Ocupacionais e Socioterapêuticas;
- ✓ Reunião Comunitária;
- ✓ Reuniões de Avaliação;
- ✓ Psicodrama;
- ✓ Relaxamento e Expressão Corporal;
- ✓ Intervenção/Avaliação Psicológica Individual e Familiar;
- ✓ Intervenção na Relação Mãe/Filho;
- ✓ Orientação Escolar e Profissional;
- ✓ Apoio na Reinserção Socio-Profissional.

Morada:
CTAI - Rua Elládio Alvarez s/n
Picoto dos Barbados, 3030 – 280 Coimbra
Telefone: 239793430 – Fax: 239793436

Objectivos:

- Reverter o empobrecimento físico, emocional e social;
- Aprender a lidar com o stress, a frustração e os conflitos de forma construtiva;
- Desenvolver competências, atitudes e valores que possibilitem uma vida autónoma livre de drogas;
- Readquirir sentimentos de confiança em si próprio e nos outros e ser capaz de construir e manter relações de intimidade;
- Gerar alternativas que permitam a prossecução dos objectivos previamente definidos.

Equipa Técnica

- 1 Directora – Técnica Serviço Social
- 2 Psicólogos (35 h/semana)
- 1 Assistente Social (35 h/semana)
- 1 Enfermeiro (19 h/semana)
- 3 Técnicos Psicossociais (35 h/semana)
- 1 Auxiliar de Acção Médica (35 h/semana)
- 1 Psiquiatra (3 horas/semana)
- 3 Psicodramatistas (1h30/semana)
- + 4 funcionários da DRC para garantir escala serviço(24h/24h)

ACTIVIDADES EDUCATIVAS

"OCRUENOC"





SAGOR NIS RIVIVA REDNERP	
Q. M. A. T. E. D. S. O. D. R.	N. O. C. H. S. S. E. I.
Q. M. A. T. E. D. S. O. D. R.	N. O. C. H. S. S. E. I.
Q. M. A. T. E. D. S. O. D. R.	N. O. C. H. S. S. E. I.



SEDADIVITC

LAPURG A PARET OUS
SAB ACEI ED NÓ CNEVER
LAUI N DN A PARET OUS
R. A. I. I. M. F. A. PARET OUS
R. A. I. I. M. F. O. T. N. I. M. A. R. O. S. E. S.
O. T. N. I. M. E. S. A. E. D. O. P. U. R. I.
S. E. L. B. S. N. O. P. S. E. R. E. D. N. Ó. N. U. E.
A. E. L. B. M. S.
S. A. R. O. T. U.
S. E. L. A. P. U. R. G. S. A. I. M. S. N. I.
S. E. T. A. B. E. I.
M. U. R. O. O. E. I. T.
A. R. T. U. C. E. L. N. Ó. C. A. M. N.
D. A. D. V. T. A. E. R. C. E. D. R. E. L. L. A.
L. A. T. N. E. M. U. R. I. S. N. Ó. C. A. M. R. O.
O. D. A. N. A. G. R. O. E. R. I. L. O. P. M. I.
O. D. A. N. A. G. R. O. O. N. E. R. I. L. O. P. M. I.
O. T. N. I. M. E. S. N. A.
S. E. N. D. R. A.
S. A. R. B.
S. E. L. A. M. N.
O. T. R. E. U.
A. N. C. O.
A. S. A. C. S. A. E. R. A.
A. R. E. T. N. P. R. A.
S. O. M. T. A. C. U. D. E. S. E. R. E. L. L. A.
S. A. I. D. U. S. E. D. A. I. M. T. C.
L. A. I. S. U. M. N. Ó. C. A. M. N.
O. E. I. T. V. T. N. Ó. C. A. M. R. O. G. O. R.
D. U. L. A. S. E. D. A. L. E. U. C. S.
A. I. D. E. M. A. T. I. S. N. O.
A. P. A. R. E. T. O. C. A. M. R. A.
S. A. O. R. E. D. L. O. E. T. N. O.
L. A. I. G. D. I. J. O. T. N. I. M. A. R. O. S. E. S.
S. E. L. A. I. G. D. U. S. A. I. L. A. S. O. T. N. I. M. A. S. A. P. M. O. C.
D. A. D. R. I. S. N. A. E. D. Q. E. N. A. M. Y. A. C. N. A. B. E. L. O. F. E. D. O. P. U. R. I.
O. D. A. M. L. A. C. E. P. S. E. O. I. D. E. M. O. G. V. I. E. S. O. T. N. I. M. A. S. A. P. M. O. C.
S. I. S. L. A. N. A. O. N. R. I.
A. R. E. M. E. F. N.

SAGOR NIS RIVIVA REDNERP

Q. M. A. T. E. D. S. O. D. R.	N. O. C. H. S. S. E. I.	E. T. N. A. S. I. G. D. N. O.	Q. M. A. T. E. D. S. O. D. R.	N. O. C. H. S. S. E. I.	N. O. C. H. S. S. E. I.
...
...
...

COMUNIDADE TERAPÉUTICA "ALBORADA"

Piñeiro - Rias, Nº 10 - 36739 TOMIÑO / Tfno.: 986 633 403 / ct@alborada.org

CARACTERÍSTICAS

Nº CAMAS: 30

EQUIPO PROFESIONAL

- 1 Coordinador - Psicólogo Clínico
- 2 Psicólogos Clínicos
- 9 Educadores Sociales
- 2 Monitores
- 1 Trabajadora Social
- 1 Enfermeira
- 1 Médica
- 1 Visitante

POBOACIÓN ATENDIDA: Drogodependentes

Nº HISTORIAS CLÍNICAS: 1265

PROGRAMA RESIDENCIAL

MODELOS DE INTERVENCIÓN


- Modelo terapéutico de cambio das condutas adictivas
- Modelo estruturado de funcionamento central
- Modelo construtivista educativo

ELEMENTOS DEFINITORIOS

- Marco feico
- Sistema micro social
- Tratamento profesional
- Principio de continuidade terapéutica

ASPECTOS ESENCIALES

- Carácter residencial
- Forza do grupo
- Abordaxe psicoterapéutica e psicoeducativa



Esquema das instalacións

ACTIVIDADES	AREAS DE INTERVENCIÓN						
	SALUD	EMPLEO APOYO	CONDUCTA ADICTIVA	JUDICIAL	REL. FAMILIA Y SOCIALES	PSICOLÓGICA	EDUCATIVA COMUNITARIA
GRADUADO B. A. E.							
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS T. L. ALTERNATIVO							
TALLERES EDUCATIVOS							
DEBATE							
CARPINTERÍA							
HORTA							
XARDÍN							
INFORMÁTICA							
ENFERMERÍA							
SEXO MÁIS SEGURO							
CONSUMO MENOS RISCO							
MANTENIMENTO							
CONSULTA MÉDICA							
TAREFAS DA CASA							
TERAPIA FAMILIAR							
VIDEO FORUM							
H. S.							
EDUCACIÓN EN VALORES							
EDUCACIÓN PARA SAÚDE							
AUTOESTIMA							
APECTIVIDADE							
MOTIVACIÓN							
RELAXACIÓN							
TERAPIA INDIVIDUAL							
TERAPIA GRUPAL							
TUTORÍAS							
DEPORTE							
MANUALIDADES							
ASEMBLEA							
ESCOLA DE FAMILIAS T. L. PROGRAMADO							
SAÍDAS PROGRAMADAS							
PASEOS							
ANIMACIÓN Á LECTURA							
ASESORAMENTO XUDICIAL							
ASESORAMENTO SOCIAL							
CONTROIS DE DROGAS							
ORGANIZACIÓN FESTAS							
DOCUMENTAIS							
PROGRAMACIÓN TV+VIDEO							
ORIENTACIÓN OCUPACIONAL							

COMUNIDADE TERAPEUTICA DO NORTE - PONTE DA PEDRA -

Metas de Intervenção:

- Promoção da autonomia
- Promoção da aquisição de competências sociais e de cidadania
- Aquisição de habilidades instrumentais em contexto de grupo e com o meio envolvente

CONTACTOS

Dr. João de Deus
Diretor Técnico
Tel: 213031610 / 213031619
Fax: 213020985
Email: ctn-pp.idt@hotm.com

Fases

Fase 1: Avaliação Inicial

Fase 2: Diagnóstico e Caracterização

Fase 3: Plano de Intervenção

Fase 4: Implementação e Monitorização

Fase 5: Avaliação Final

Áreas de Intervenção:

- Comunicação
- Atividades Domésticas
- Atividades de Grupo
- Atividades de Lazer
- Atividades de Formação
- Atividades de Integração
- Atividades de Apoio
- Atividades de Acompanhamento
- Atividades de Avaliação
- Atividades de Prevenção

Áreas de Intervenção:

- Comunicação
- Atividades Domésticas
- Atividades de Grupo
- Atividades de Lazer
- Atividades de Formação
- Atividades de Integração
- Atividades de Apoio
- Atividades de Acompanhamento
- Atividades de Avaliação
- Atividades de Prevenção

Áreas de Intervenção:

- Comunicação
- Atividades Domésticas
- Atividades de Grupo
- Atividades de Lazer
- Atividades de Formação
- Atividades de Integração
- Atividades de Apoio
- Atividades de Acompanhamento
- Atividades de Avaliação
- Atividades de Prevenção

POPULAÇÃO

SEXO

ESCOLARIDADE

IDADE

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

SITUAÇÃO JUDICIAL

TEMPO CONSUMO

ADMISSÕES / SAÍDAS

ESTADO CIVIL

PSICOPATOLOGIA

PATOLOGIA ORGÂNICA

Rua Santos Leça s/n - 4465-479 LEÇA DO BALIO I.D.T.

Tel: 229066040 - Fax: 229066049 - ctn-pp.idt@hotmail.com

COMUNIDADE TERAPEUTICA DO RESTELO

Caracterização

A.C.T. do Restelo é uma comunidade estatal, cujo actual modelo foi implementado em Junho de 1987. É uma comunidade urbana, situada na zona do Restelo, em Lisboa, e consta de uma vivenda de dois andares circundada por um espaço ajardinado, com alguns arbustos e árvores de fruto. Não sendo de grandes dimensões, o seu espaço físico permite o trabalho com o grupo nos diferentes objetivos terapêutico-educativos a que se propõe.

Tem capacidade para 20 residentes e destina-se a toxicodependentes de ambos os sexos, a partir dos 18 anos, de qualquer zona do país.

O período mínimo de internamento é de 10 meses e está dividido em 5 fases, diferenciadas por uma progressiva responsabilização, autonomia e aumento de abertura ao exterior.

Baseia-se num modelo comunitário hierarquicamente organizado. Requer desintoxicação física prévia ao internamento. Todavia, a medicação de substituição de opiáceos pode ser terminada na C.T. (durante a Fase de Preparação).

Tem um programa psicoterapêutico intensivo e um quadro regular de atividades diárias - terapêuticas, pedagógicas, de trabalho e de lazer.

A presença da Equipa Técnica na C.T. faz-se apenas em horário diurno (9:30-20:00 horas), ficando um técnico de prevenção, contactável por telemóvel, após esse horário.

Admissões



A equipa de admissões é constituída por dois técnicos e integra dois residentes

As reuniões de admissões funcionam às 5.ª feiras às 14.30 horas, no CAT-Restelo

Av. do Restelo, 36 • 1400-315 LISBOA
Telefone: 213 030 600

Comunidade Terapêutica do Restelo

Praça de Diu, 4
1400-102 LISBOA
RESTELO

Telefones 213031610 / 213031619
Fax 213020985

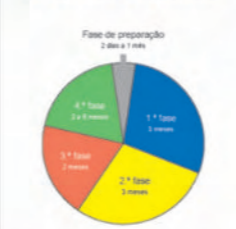
MINISTÉRIO DA SAÚDE
I. D. T.
Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo
CAT RESTELO

COMUNIDADE TERAPÊUTICA DO RESTELO

Plano de actividades terapêuticas

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	DOMINGO
MANHÃ	11:30h Reuniões de fase		10:30h Grupos de encontro	9:30h Grupos de análise homeopática	10:30h Grupos de encontro	
	14:30h Grupos de encontro		10:30h Reuniões telefónicas aos familiares	9:30h Grupos de psicoterapia bonding		
TARDE		10:30h Oficina das letras	Pequenos grupos	Pequenos grupos ou seminários temáticos	14:30h Reuniões de preparação de fim-de-semana	
NOITE						20:45h Reuniões de avaliação de fim-de-semana
DIAS TERAPÊUTICOS INTENSIVOS						
SESSÕES DE TERAPIA FAMILIAR						
ADMISSÕES				14:30h Grupo de admissões (mensal)		
GRUPO DE PAIS						
GRUPO DE CÔNJUGES						
GRUPO DE PREVENÇÃO DE RECÍDIA						

Tempo mínimo previsto de estadia na CT-Restelo



Organograma dos residentes



OBJECTIVOS DE CADA FASE

FASE DE PREPARAÇÃO

Redução da medicação associada a tratamentos de desabitação

Identificação e paragem dos comportamentos de rua

Motivação para o tratamento

Integração no grupo

1.ª FASE

Separação/afeto da droga e do estilo de vida anterior

Conhecimento e aceitação de si próprio

Conquista de um lugar na CT

2.ª FASE

Aumento da responsabilização

Conquista de um papel na CT

Experimentação de novas atitudes, capacidades e relações

Reparação de atitudes e comportamentos do passado (sessões de família, pagamento de dívidas, etc.)

3.ª FASE

Extensão do campo de experimentação

Construção do projecto pessoal de vida

Conquista de um papel no exterior

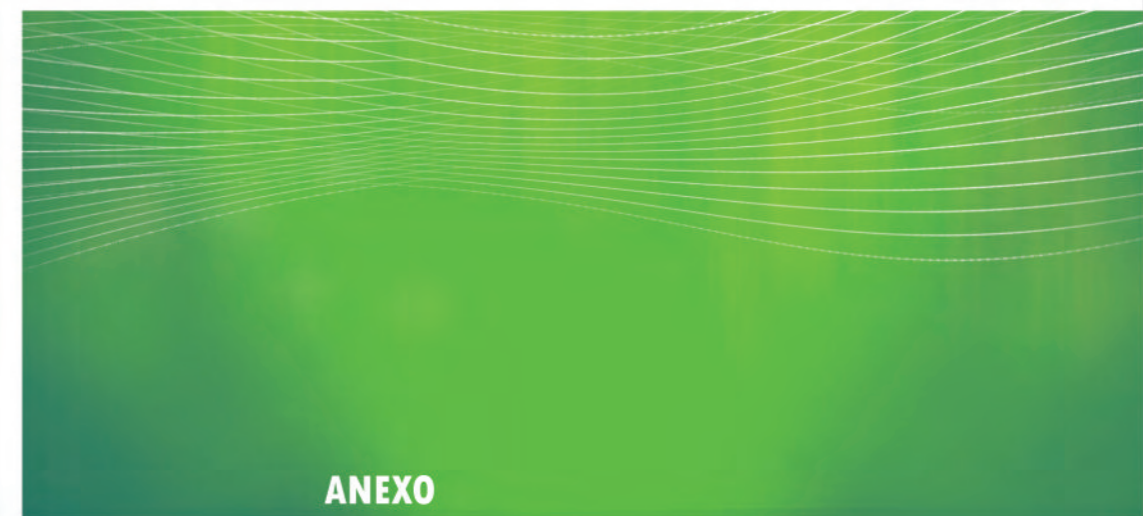
4.ª FASE

Início do projecto pessoal

Elaboração da separação da CT

Início de vida fora da CT:

- emprego/estudo
- procura de habitação
- acompanhamento pós-CT



CONSTRUÍMOS

PONTES

REFLEXÕES SOBRE AS I JORNADAS DE CT's - GALIZA E NORTE DE PORTUGAL

A Comunidade Terapêutica cada vez mais é um espaço de coabitação residencial e terapêutica onde se cruzam pessoas que requerem intervenções focalizadas nas suas problemáticas dominantes e daí, a necessidade de ajustamentos permanentes. Falamos de consumidores e consumos, de comorbilidades e também de modelos e processos de organização de respostas sócio-clínicas.

Coloca-se então a questão de saber quais as qualificações ou habilidades, no fundo, qual o perfil de competências que cada equipa deve conter para poder responder bem ás necessidades de cada caso. A prevalência (elevada) dos problemas ligados ás dependências, ás patologias psiquiátricas, infecciologia, ás questões judiciais de cada um sugerem a construção de equipas técnicas com saberes e qualificações muito exigentes e diversificadas.

É imperioso que a CT defina com clareza a sua filosofia de trabalho, os objectivos a prosseguir e defina também os requisitos dos recursos humanos a afectar para responder à multidimensionalidade do problema.

Importa, antes de tudo, identificar qual a real situação problema tendo em vista a definição das intervenções técnicas.

Notoriamente, o interesse por parte do auditório foi constante, avaliado através da presença nas comunicações e o elevado grau de participação nos debates que se seguiram.

Foi particularmente saudada a oportunidade e relevância destas primeiras jornadas, bem como a necessidade estratégica de calendarizar novas acções neste âmbito, tendo em vista o aprofundamento/actualização de conhecimentos técnico-científicos, bem como a troca de experiências entre modelos organizacionais distintos.

Observa-se a dificuldade de construir indicadores e metas susceptíveis de avaliar com objectividade cada actividade clínica-assistencial. Como factor negativo relevamos sobretudo a inexistência de programas estratégicos orientados para a certificação da qualidade global (estrutura, processo e resultados).

Resumindo, as conclusões centram-se em x grande áreas:

- Constituição e formação da equipa terapêutica (necessidade de formação contínua, adequação ao programa terapêutico e às características da população, necessidades de supervisão clínica e de equipa);
- Avaliação dos processos de tratamento (nomeadamente no que diz respeito à sua robustez técnico-científica; replicabilidade das intervenções; investigação e monitorização de actividades psicoterapêuticas e outras no sentido de identificação dos factores que contribuem para a evolução dos doentes);
- Avaliação dos resultados das intervenções (nomeadamente a necessidade de uma avaliação prévia à intervenção e pós intervenção);
- Avaliação da qualidade global (que inclui todas as dimensões referidas anteriormente e ainda as variáveis relativas à estrutura e procedimentos);

A discussão transfronteiriça está lançada; agora compete-nos a todos “agarrar o movimento”, beneficiando das diferentes experiências e know-how existente.

P. Pedra

Porto, 10 de Março de 2007

Escola Galega de
Administración Sanitaria

Análise / Estudos



Portugal-Espanha
Cooperação Transfronteiriça
INTERREG III A

España-Portugal
Cooperación Transfronteriza
INTERREG III A

I.D.T.
Instituto da Droga e da Toxicodependência

