conace
GOBIERNO DE CHILE

GOBIERNO DE CHILE
GENDARMERÍA DE CHILE

Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas, Recluidas en los Establecimientos Penitenciarios Chilenos

Tomo II

Elementos Teóricos del Programa de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social, para internos/as con consumo problemático de sustancias psicoactivas

Modelo de **I**ntervención en **P**ersonas con **C**onsumo **P**roblemático de **S**ustancias **P**sicoactivas, **R**ecluidas en los **E**stablecimientos **P**enitenciarios **C**hilenos

Tomo II

Programa de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social, para internos/as con consumo problemático de sustancias psicoactivas

colofón

Equipo Responsable:

Área Salud Tratamiento Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes

Departamento de Readaptación Gendarmería de Chile

Unidades de Atención Médica Gendarmería de Chile

Diseño: Acción Producciones

Impresión: Gráfica Puerto Madero

Santiago de Chile, Diciembre de 2005

índice

Introducción

I.	**Antecedentes**	**9**
II.	**Etapas del programa de intervención en drogodependencias**	**13**
Etapa 1: sospecha y confirmación diagnóstica		**14**
Etapa 2: pre-tratamiento: "grupos motivacionales y/o de conversación"		**17**
Etapa 3: Tratamiento •Fase 1: Adaptación •Fase 2: Tratamiento por ejes de intervención •Fase 3: Programación medio libre		**20**
Etapa 4: Post Tratamiento e Integración social		**28**
III.	**Prestaciones Terapéuticas**	**31**
IV.	**Consideraciones finales para el tratamiento**	**37**
V.	**Aplicación de instrumentos de registro de la información**	**39**
VI.	**Formas de egresos**	**41**
VII	**Bibliografía**	**43**
	Anexos	**45**

Anexo N°1:	Instrumento de Sospecha Diagnóstica
Anexo N°2:	Criterios diagnósticos de los trastornos mentales y comportamentales por consumo de sustancias
Anexo N°3:	Trastornos psiquiátricos excluyentes (CIE-10)
Anexo N°4:	Modelo transteórico del cambio de las conductas adictivas
Anexo N°5:	Criterios para evaluación compromiso biopsicosocial del consumo de sustancias
Anexo N°6:	Normativa institucional para control de la rehabilitación de internos/as de los centros de tratamiento de Gendarmería de Chile. Protocolo de pesquisa de drogas y alcohol

introducción

Este tomo II corresponde a una guía complementaria o segunda parte del "Modelo de Intervención en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, recluidas en los establecimientos penitenciarios chilenos", y consigna el Programa de Tratamiento en Drogodependencias impulsado por Gendarmería de Chile y el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes - CONACE.

Este texto, al ser complementario, requiere de la lectura del Tomo I y así lograr una mayor comprensión del mismo, por cuanto en muchas oportunidades se da por explicitado el contexto, los contenidos y conceptos con los cuales se está trabajando. En esta oportunidad, se presenta el plan de intervención propiamente tal, señalando el marco conceptual al cual adscribe el programa, cuáles son las etapas y fases que se han considerado; los objetivos a lograr en cada una de ellas así como los procedimientos para implementar cada etapa o fase. En esta oportunidad se entregan también una serie de instrumentos que permitirán registrar los logros alcanzados por los internos, en cada una de las etapas descritas, en cada uno de los centros de tratamiento lo que a su vez facilitará la evaluación del programa en tanto proceso, resultados e impacto.

Este modelo se ha construido gracias al desarrollo que ha tenido el Programa de apoyo al Tratamiento y la Rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias – convenio FONASA – CONACE – MINSAL ; en base a la experiencia alcanzada por los equipos de los centros de tratamiento que se encuentran en funcionamiento al interior de nueve recintos penitenciarios en el país y a la revisión de bibliografía especializada y experiencias extranjeras avaladas por la Oficina de las Naciones Unidas (UNDOC) y permitirá abordar

de manera integral el tratamiento y la rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias al interior de los recintos penitenciarios, reconociendo la especificidad y particularidad de esta población.

Cabe señalar que el Programa de Tratamiento en Drogodependencias en tanto iniciativa novedosa y sin precedentes, es un programa en permanente revisión y actualización, y se complementa con una norma técnica que se encuentra en proceso de elaboración (Tomo III). La norma técnica profundiza y especifica aún más los aspectos clínicos y metodológicos, pues entrega orientaciones respecto del quehacer a fin de resguardar la calidad de la atención y aumentar las probabilidades de eficacia del programa asegurando la obtención de los objetivos terapéuticos; reducir la probabilidad de consumo de drogas y la comisión de nuevos delitos.

I. antecedentes

El Programa de Tratamiento en drogodependencias de Gendarmería de Chile y CONACE se concibe como un conjunto organizado de intervenciones terapéuticas basadas en un enfoque biopsicosocial, que tiene como objetivos abordar dos ámbitos generales: consumo problemático de drogas y conducta delictiva; con lo cual se pretende la promoción de un estilo de vida y funcionamiento personal e interpersonal saludable y funcional a la sociedad.

El diseño del programa propuesto, considera como principios fundamentales el componente biopsicosocial de los problemas asociados al consumo de drogas, la conducta delictiva, y la situación de vulnerabilidad social en que se encuentran los internos e internas recluidos en las unidades penales.

Objetivo general:

Lograr que los internos/as que se encuentran privados de libertad y que presentan consumo problemático de drogas, una vez egresados del programa de tratamiento en adicciones se integren socialmente sin cometer nuevos delitos y sin consumir drogas.

Objetivos específicos:

1.- Área formativa:

a) Desarrollar las competencias básicas del interno/a (aprendizajes instrumentales).
b) Enriquecer sus conocimientos en relación a temas, hechos o situaciones asociados a la funcionalidad en el sistema social.
c) Mejorar sus capacidades técnicas y competencias laborales.
d) Mejorar la capacidad para buscar y conservar el empleo, en condiciones equiparables a los otros ciudadanos.

2.- Área psicosocial:

a) Desarrollar las potencialidades cognitivas, conductuales, sociales y afectivas de los/as internos/as en tratamiento de adicciones.
b) Mejorar las capacidades del interno/a, abordando problemáticas específicas que puedan haber influido en su comportamiento delictual y de consumo.
c) Generar conciencia de delito y mal causado por la comisión del hecho delictivo.
d) Desarrollar estrategias de autocuidado y herramientas relativas a prevenir lapsos y recaidas en drogas.
e) Readaptación de las relaciones sociales, familiares y laborales, de tal manera que se reduzca o elimine el condicionamiento provocado por la drogodependencia.
f) Mantenimiento de la abstinencia, y si no es posible, adoptar patrones de acompañamiento terapéutico con el objeto de reducir riesgos de mayores daños.
g) Reajuste de los patrones y estilos de ocupación del tiempo libre y participación en la vida social.
h) Preparación para el control de las respuestas emocionales cuando éstas puedan ser problemáticas.

3.- Área Criminológica

a) Desarrollar en el interno/a conciencia de delito, de daño y mal causado.
b) Análisis del iter criminis o historia criminal.
c) Identificar factores predisponentes y desencadenantes del delito.
d) Eercitar patrones o pautas conductuales que pemitan afrontar las situaciones sin Ej cometer actos ilícitos.

4.- Área de integración social:

a) Potenciar y facilitar los contactos del interno/a con el mundo exterior, ya sea a través de los permisos de salida, relación con redes, inserción en grupos de apoyo, etc.
b) Fortalecer a los grupos de familiares de los internos/as de tal forma que sean estructuras funcionales a las necesidades de apoyo del interno, transformándolos en factores protectores, coadyuvantes al no consumo de drogas y comisión de nuevos delitos.
c) Facilitar la incorporación a procesos formativos previo a la inserción laboral (nivelación de estudios, cursos de formación, etc.).
d) Capacitar en competencias laborales que le permitan obtener recursos económicos para su subsistencia personal y familiar.

Para alcanzar estos objetivos, se requiere de una estrategia que involucre a todos los estamentos y niveles, con un abordaje institucional para lo cual es necesario sensibilizar, involucrar y comprometer a todo el personal del establecimiento penitenciario a través de la capacitación y fortalecimiento de sus recursos, de manera de unificar visiones, criterios y conceptos, establecer un lenguaje común, revisar los modelos y pautas interaccionales tradicionales (gendarme-interno/interna; profesional-interno/interna) y establecer roles y funciones para cada estamento.

En este sentido, cada una de las instancias de la organización como son el Consejo Técnico, el Área Técnica, el Área de Salud, el Área Laboral, el Centro de Educación y Trabajo (CET), la Oficina de Estadística, el Centro de Tratamiento y otros, juegan roles complementarios y en la medida que actúen articuladamente harán posible el desarrollo exitoso del programa de Tratamiento propuesto.

También se deben tener presente, al momento de implementar un programa de intervención en alcohol y drogas en establecimientos penitenciarios, las consideraciones que la evidencia empirica ha aportado. Tal como se indica en el Tomo I de este documento; son a lo menos las siguientes:

- Infraestructura y equipamiento necesarios para realizar la intervención en un espacio que cuente con condiciones dignas de atención. Esto se traduce en un espacio independiente de otras áreas del establecimiento penitenciario, donde permanezcan los internos/as durante todo el proceso de tratamiento, segregados del resto de la población penal. Las instalaciones en las que se desarrollan las actividades del programa de rehabilitación deben satisfacer las exigencias de higiene y seguridad para todas las personas insertas en el programa y para el personal que realiza el tratamiento.

- Desarrollar mecanismos y estrategias que permitan detectar y llegar a la población penal que presenta el problema real de consumo, es decir el/la consumidor/ra problemático/a, marginal al interior del establecimiento penitenciario, cuya pesquisa se hace difícil. Esto implica generar programas de prevención desde y hacia los mismos/as internos/as.

- Interrelación y armonización de la intervención con drogo delincuentes, con los demás programas que se desarrollan dentro del marco del tratamiento penitenciario.

- Equipos mixtos, especializados en tratamiento de adicciones y formación en criminología, que permita abordar las dos variables de intervención relevantes: drogas y delito. No obstante, en algunos casos se requieren conocimientos especiales que se relacionan con las características propias de determinados internos/as.

- Integración y socialización del programa de intervención con las distintas instancias y personas que se desempeñan en el interior de un establecimiento penitenciario: profesionales, técnicos, administrativos, oficiales, gendarmes y vigilantes.

- Compatibilizar y adaptar el programa de intervención con la idiosincrasia, estilo, códigos internos, y valores utilizados en la relación interpersonal con las personas privadas de libertad[1]. Esto reconociendo las características particulares de cada establecimiento penitenciario y los perfiles específicos que reúnen determinada población de reclusos, por ejemplo mujeres, extranjeros, portadores de VIH, homosexuales, etc.

[1] Lic. J.C. Mancilla, "Adictos en Prisión", Programa Cambio, Córdova-Argentina

- Realizar una evaluación diagnóstica bio-psico-socio-criminológica y de motivación que oriente y determine la especificidad de la intervención.

- Realizar un programa de tratamiento especializado individual, ajustando la intervención a la integralidad de las distintas áreas que contempla el enfoque biopsicosocial.

- Participar de los mecanismos existentes en el sistema penitenciario que constituyen refuerzos a la conducta positiva de los internos, de tal forma de canalizar por esos medios el proceso de egreso-seguimiento y disminuir la generación de falsas expectativas o frustraciones.

- El Centro de Tratamiento debe estar abierto a la comunidad, así como también los propios establecimientos penitenciarios, potenciar la colaboración intersectorial con el fin de romper con la marginalidad en que se encuentran muchas veces los reclusos, lo que constituye un importante apoyo cuando se produce la excarcelación o la integración social en el medio externo.

- Contar con dispositivos y/o redes del medio libre que constituyan un apoyo, orientación, inclusión y contención al momento que los internos inicien la etapa de integración social.

- Finalizar el proceso de intervención otorgando permisos de salida a los internos/as, de tal forma que ellos puedan poner en práctica y enfrentar los desafíos de la vida cotidiana con las herramientas que se les han entregado durante el tratamiento.

II. etapas del programa de intervención en drogodependencias

Es importante tener presente que toda estrategia de integración social en una población adulta comienza por reconocer las capacidades y modos de adaptación social de los sujetos, como la base sobre la cual construir, reconstruir y reorientar sus esfuerzos y habilidades en pos de una vida socialmente aceptable.

Este principio podrá ser practicado en la medida que los profesionales que brindan la atención:

a) Amplíen su mirada más allá de la presencia de patología en los usuarios y también se permitan descubrir y respetar los recursos y competencias personales que éstos poseen.
b) Superen su rol de expertos diagnosticadores y etiquetadores de la realidad del otro, para situarse como colaboradores y acompañantes en la construcción de nuevos significados personales por parte de los usuarios.
c) Sean auténticos en su postura empática e interés por la persona de los usuarios del Programa, siendo capaces de diferenciar a la persona de sus comportamientos.
d) Reconozcan e incorporen que su rol de colaboradores y acompañantes de los usuarios trasciende lo técnico y los involucra como personas, debiendo por lo tanto hacerse cargo de su propia salud.

En este Programa, la intervención terapéutica en todos los Ejes de tratamiento buscará fomentar la adherencia al mismo y, por tanto, se espera que los usuarios permanezcan en el plan de tratamiento durante el tiempo prefijado. Para esto:

a) Los procesos de selección de los usuarios serán lo más acuciosos posible, de modo que ingresen a tratamiento aquellas personas que probablemente obtengan el mayor beneficio

con el mismo. Es decir, que presenten un adecuado nivel de compromiso/motivación para el cese del comportamiento adictivo, y características de personalidad/perfil criminológico que auguren un buen pronóstico en términos de la adaptación al régimen residencial/ambulatorio y construcción de un proyecto vital socialmente aceptable.

b) Es necesario que los profesionales acomoden el tratamiento a cada usuario en particular y fomenten un clima terapéutico que promueva y facilite el cambio personal más allá de la abstinencia del consumo de sustancias ilegales.

En la actualidad, las investigaciones en el tratamiento de las conductas adictivas evidencian la motivación para el cambio de los usuarios como el factor principal para el diseño de programas de tratamiento efectivos. Es decir, el "tratamiento" debe ser individualizado considerando la fase en la cual se encuentra la motivación para el cambio de los usuarios. (Véase Anexo No 2).

Etapas del Programa de Intervención

Con fines metodológicos y de ordenamiento del tratamiento en adicciones se han definido las siguientes etapas, lo que responde a la estructura lógica de un proceso de tratamiento y rehabilitación en drogas desarrollado en el sistema penitenciario:

1) **Sospecha y Confirmación diagnóstica**
2) **Pre-tratamiento: "grupos motivacionales y/o de conversación"**
3) **Tratamiento**
   a) Fase Adaptación
   b) Fase Tratamiento por ejes de inevención
   c) Fase Programación al medio libre
4) **Post-Tratamiento e Integración Social**

A continuación se describe cada una de las etapas consideradas en el Programa:

Etapa 1:
Sospecha y Confirmación Diagnóstica

La detección precoz de internos /as con problemas de drogas es un proceso de alta relevancia para obtener logros en la rehabilitación. Cuanto antes se pesquise el problema, y se realicen intervenciones tempranas, más probabilidades existen de recuperación y disminución de la severidad del trastorno.

La detección conlleva una evaluación diagnóstica, que permite contar con una sospecha de problema. Esta sospecha debe ser confirmada o desconfirmada a partir de un procedimiento, que considera la realización de:

1. “Sospecha de consumo problemático” (Area Técnica)

Se trata de la pesquisa y detección de posibles consumidores problemáticos de drogas a través de instrumentos elaborados para ello y realizado por distintas personas o equipos que, en cumplimiento de su función, entregan elementos de diagnóstico.

La sospecha diagnóstica de la población de condenados que presenta consumo problemático de drogas, estará a cargo del equipo diagnóstico del establecimiento penitenciario, constituido por la dupla psicosocial; psicólogo/a y asistente social.

Procedimiento:

Aplicación de una entrevista estructurada, por parte de la dupla psicosocial del Área Técnica, la cual contiene preguntas específicas sobre consumo de drogas (Véase Anexo No 1).

1. Resultados positivos: Los casos son informados al director del Centro de Tratamiento.
2. Resultados negativos: Los casos no son informados, deberán ser evaluados para su pertinencia respecto de la atención psicosocial.

En el caso de los internos/as con resultado positivo, el director del Centro de Tratamiento debe cruzar esta información con los datos estadísticos y seleccionar a aquellos internos que están a un año de cumplir el tiempo mínimo para ser postulados a beneficios.

2.- Confirmación Diagnóstica

La confirmación diagnóstica corresponde a la evaluación clínica especializada realizada por el equipo profesional del Centro de Tratamiento, que permite confirmar o desconfirmar las sospechas diagnósticas.

Las etapas que comprende la confirmación diagnóstica son:

a.- Diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias
b.- Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos asociados
c.- Diagnóstico del estado motivacional

a.- Diagnóstico clínico asociado al consumo de sustancias

Estado de consumo de alcohol y drogas

Se refiere al diagnóstico de trastorno de consumo perjudicial o abuso de sustancias y dependencia o adicción, en base a los sistemas de clasificación diagnóstica reconocidos por la Organización Mundial de la Salud y validados internacionalmente para este fin. Esto es el CIE10 o el DSMIV (Véase Anexo 2).

b.- Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos asociados

Psicopatología excluyente

Para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos no severos y severos asociados, también debe utilizarse la clasificación internacional CIE-10 (Véase Anexo 3).

Trastorno psiquiátrico severo: psicosis, trastornos afectivos graves, enfermedad bipolar descompensada, depresión mayor, ideación e intentos suicidas actuales y psicopatía estructural.

Trastornos psiquiátricos no severos: síndromes depresivos, síndromes ansiosos, trastornos de personalidad y otros menos comunes.

c.- Diagnóstico del estadio motivacional

Estadio motivacional

Se refiere a un aspecto fundamental a considerar para ayudar a una persona en la modificación de una conducta adictiva y dice relación con un estado de mayor o menor disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede entenderse como un proceso dinámico que tiene una serie de etapas o fases.

Cada una de las etapas tiene ciertas características que es necesario reconocer para determinar las estrategias a seguir por parte del equipo para fomentar el compromiso de cambio del individuo. Las etapas son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. (Véase el Anexo 4)

En los procesos de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas, además de las consideraciones diagnósticas asociadas al consumo de sustancias, los trastornos psiquiátricos severos y el estadio motivacional, también es necesario evaluar el compromiso biopsicosocial asociado. Esto se refiere al número, intensidad y complejidad de las consecuencias personales, familiares y sociales que la historia, características criminógenas y forma de consumo de drogas del interno/a ha ocasionado, lo que permite diferenciar el nivel de severidad, desde moderado a severo.

El indicador, antecedentes de conflicto con la justicia, indica un compromiso biopsicosocial de moderado a severo, por lo que se considera que para este grupo específico de atención, que se encuentra dentro de un recinto cerrado cumpliendo condena por un delito, la evaluación del compromiso biopsicosocial es un aspecto a considerar mas bien para la orientación al tratamiento que para la evaluación diagnóstica, toda que vez el nivel de marginación y necesidades en que se encuentran, nos hace suponer que la gran mayoría de ellos se encuentran con daño psicosocial severo. (Véase Anexo 5).

Todos estos antecedentes permiten formular un tratamiento individualizado y estructurado en función de las necesidades de la persona consumidora de drogas y el nivel de severidad de su trastorno.

Equipo a cargo de la confirmación diagnóstica.

Los profesionales a cargo de la confirmación diagnóstica son el equipo del Centro de Tratamiento del establecimiento penitenciario.

Etapas del proceso de confirmación diagnóstica.

El equipo profesional del Centro de Tratamiento realiza la confirmación diagnóstica a través de una entrevista estructurada respetando las clasificaciones diagnósticas internacionales CIE-10 (consumo perjudicial de drogas y dependencia) y DSM-IV (abuso de drogas y dependencia) y evalúa el estadio motivacional del interno en base a instrumentos específicos para la evaluación de los aspectos motivacionales y disposicionales. Este equipo también realiza la evaluación psicopatológica del interno/a (evaluación de los ejes 1 y 2 del DSM-IV, y trastornos descritos en el CIE-10). Respecto de aquellos internos/as que se les haya confirmado el consumo problemático de drogas, el Área Técnica del establecimiento penitenciario deberá hacer entrega de los antecedentes criminológicos con que cuenta para efectos de realizar una intervención integral del interno/a.

Etapa 2:
Pre-tratamiento: "Grupos Motivacionales y/o de Conversación"

El Pre-Tratamiento consiste en un período de corto a mediano plazo (según el caso particular) en donde el interno/a participa de grupos terapéuticos (grupos motivacionales) cuyo objetivo es generar la motivación para cambiar.

Además, se pretende informar, motivar, atender a los internos/as y acompañar a aquellos que teniendo indicación de tratamiento, no cuentan con cupo para ingresar a la etapa o grupo de tratamiento.

Los grupos motivacionales deberán ser abiertos al interno/a condenado, con diagnóstico de consumo problemático de drogas, que se encuentre en cualquiera de los estadios motivacionales y deben funcionar de manera paralela y permanente a los grupos de tratamiento.

Los internos/as que participan de estos grupos son derivados por el equipo profesional del Centro de Tratamiento, que realizó la confirmación diagnóstica de consumo problemático de drogas, evaluó la psicopatología asociada y el estado motivacional y disposicional del interno/a; y también se aceptarán internos que soliciten participar de forma voluntaria en estos espacios de conversación.

Metodología

Se trata de una intervención terapéutica motivacional y educativa, con sesiones temáticas y contenidos co-construidos sesión a sesión con los participantes, y que están

dirigidos a favorecer la motivación al cambio a través de un proceso relacional terapeuta–internos/as, recurriendo a conversaciones reflexivas.

Se sugiere una frecuencia de 2 sesiones por semana; abiertas, con un número variable de participantes, donde el contenido temático de cada sesión se concluya en la misma. Dependiendo del usuario, se sugiere también la prescripción de tareas para ser realizadas de manera individual entre sesiones.

Atmósfera terapéutica

Las sesiones deberán realizarse en un clima terapéutico acogedor y de contención emocional. Deberá prestarse especial cuidado, para favorecer la participación de todos los integrantes del grupo, motivando y reforzando la reflexión y discusión que permita la comprensión del tema tratado, así como también se evitarán las descalificaciones o sanciones del grupo hacia alguno de sus miembros.

Se establecerán normas de respeto grupal, lo que implica mantener silencio cuando un integrante del grupo esté hablando, respetar lo que dice aún cuando no se esté de acuerdo y comunicarse en primera persona.

El coordinador/a del grupo deberá tener una actitud empática, y un estilo democrático de conducción grupal.

Lugar

Se sugiere que los grupos motivacionales se realicen en un lugar distinto al recinto en donde funciona el programa de tratamiento, en un espacio en el cual pueda lograrse un clima de intimidad, resguardo y confidencialidad que permita abordar los temas y contenidos que traen los internos/as al grupo.

Criterios de expulsión del Programa de Pre-Tratamiento

Se considerarán razones o motivos para dar el alta disciplinaria, los siguientes:

- Consumo de sustancias dentro de los espacios del grupo de pre-tratamiento;
- Tráfico de sustancias o dinero, dentro del grupo (venta, tráfico, permuta, donación, etc);
- Presencia de violencia física. En el caso de agresión verbal, dependiendo del caso, se sugiere una suspensión;
- Mantener relaciones sexuales, dentro del módulo de pre-tratamiento.

Se debe señalar si la expulsión es definitiva o temporal. Se debe tener presente que la salida temporal se considera como una regresión al inicio del pre-tratamiento.

Los internos/as que han sido objeto de expulsión, deben solicitar al director/a del Centro de Tratamiento su eventual reingreso y luego de una evaluación, realizada por todo el equipo del Centro.

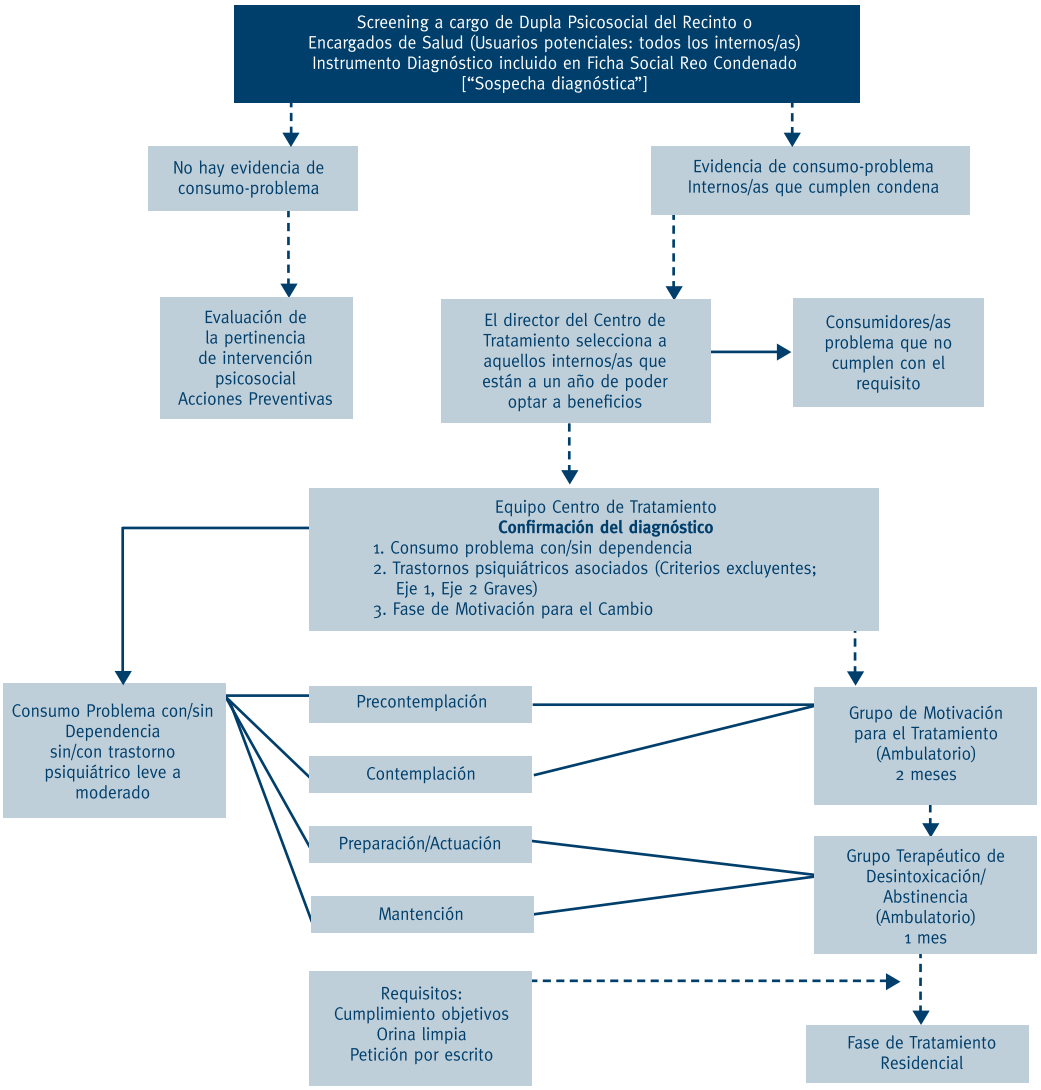
Egreso de la etapa de Pre-tratamiento y transición al proceso de Tratamiento

El egreso de esta etapa o el ingreso al Tratamiento contempla los siguientes criterios:

1) Cumplimiento de los objetivos terapéuticos de la etapa de pre-tratamiento según el equipo terapéutico.
2) Examen para pesquisar presencia de drogas en orina, con resultado negativo.
3) Petición, por escrito, por parte del interno para ingresar a la etapa de tratamiento.
4) Una vez que el interno/a ha cumplido con estos requerimientos, el equipo del Centro de Tratamiento, le autoriza a ingresar a la etapa de tratamiento.

I.- ANTECEDENTES

1) Flujograma Sospecha Diagnóstica, Confirmación Diagnóstica y Pre-Tratamiento



Etapa 3:

Tratamiento

El programa de tratamiento se plantea y proyecta como un proceso subdividido en fases que presentan la particularidad de ser acordes a la realidad de la subcultura penitenciaria.

Objetivo general

El objetivo de esta etapa es facilitar la recuperación personal y social del interno/a, con consumo problemático de drogas.

Objetivos específicos

a) Re-evaluar todas las áreas o aspectos de la vida del interno/a, que puedan estar afectadas como consecuencias del consumo problemático de drogas e intervenir en aquellas comprometidas.
b) Realizar estabilización final del síndrome de abstinencia.
c) Fomentar la adquisición de un estilo de vida saludable, que lo aparte del consumo problemático de drogas y de la comisión de nuevos delitos.
d) Brindar apoyo psicoterapéutico, para la resolución de conflictos intrapsíquicos y conflictos relacionales o interpersonales.
e) Trabajar conciencia de delito y del mal causado.
f) Desarrollar y ejercitar estrategias para el manejo y control de los impulsos y de la agresión.
g) Desarrollar competencias y habilidades sociales, que le permitan enfrentar situaciones de agresión externa.
h) Desarrollar estrategias y habilidades para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.
i) Desarrollar habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas.
j) Facilitar la reestructuración cognitiva de las experiencias de consumo y comisión de delito.
k) Favorecer la participación en grupos de apoyo.
l) Incentivar la incorporación de la familia al proceso terapéutico.
m) Habilitar a la familia para la integración funcional del interno/a una vez que se encuentre dentro del medio libre.
n) Fomentar alternativas de apoyo para los internos/as cuya inserción dentro del sistema familiar resulte disfuncional.

Referencia

Los internos/as que participan de este grupo son derivados, por el equipo profesional desde la etapa de pre-tratamiento.

Perfil de ingreso

- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Internos/as que se encuentren a un año del tiempo mínimo para postular a beneficios.
- Que presentan consumo problemático de drogas y cuya abstinencia esté obstaculizada por factores personales y/o del entorno.
- Compromiso biopsicosocial moderado a severo.
- Ausencia de problemas psicopatológicos excluyentes.
- La actividad delictiva no debe estar asociada a delitos sexuales.
- Debe haber pasado por la etapa de grupo motivacional.

Características

Se trata de un programa libre de drogas, en modalidad residencial o ambulatorio, en un contexto grupal.

El equipo de tratamiento debe construir y elaborar un PLAN INDIVIDUAL DE INTERVENCION CRIMINOLOGICO Y DE ADICCIONES, el cual debe complementarse con actividades comunes a todos los internos/as. Este plan constituye un conjunto de intervenciones terapéuticas y psico/socio-educativas, personales y familiares -individuales o grupales-, recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos.

Durante la etapa de tratamiento se pueden distinguir a lo menos tres fases, que estructuran el programa:

1. Adaptación
2. Mantención (Tratamiento Propiamente Tal)
3. Programación Medio libre

Fase A: Adaptación (3 Meses)

Esta fase se inicia con la derivación del interno/a desde la Etapa de Pre-Tratamiento (Grupos Motivacionales).

Hay que considerar, que pese a que el interno/a cuente con ciertas destrezas y habilidades adquiridas en la etapa anterior, se debe tener presente que la vivencia inicial en un tratamiento de modalidad residencial, puede producir una inestabilidad adaptativa en el interno/a, producto de la presencia de normas y rutinas, aún cuando estén establecidas y señaladas antes del ingreso al programa propiamente tal.

Esta etapa requiere adaptación además, al espacio terapéutico y a las exigencias emocionales que esto conlleva; a estilos de vinculación positiva y prosocial, a la suspensión total del consumo de drogas, abstraerse de la subcultura carcelaria, en cuanto a filosofía y valores, adaptarse a nuevas formas de manejo del poder, así como también la imposibilidad de la instrumentalización del medio y de los otros.

La manifestación de este proceso de adaptación puede tener diversas expresiones, desde una mayor a menor intensidad y complejidad (crisis y/o deseos de abandonar el programa, expresiones verbales, ansiedad, etc).

Es importante reconocer que muchas de las personas que ingresan a un sistema de tratamiento en dependencias, evidencian en algún momento del proceso, una conducta ganancial e intento de instrumentalización del programa terapéutico.

Objetivo General de la Fase de Adaptación

Adaptarse a un sistema de tratamiento residencial o ambulatorio, intrapenitenciario, libre de drogas, en un contexto grupal, dirigido a la rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Tareas para el Equipo de Tratamiento	Tareas para los usuarios/as
1. Acoger y otorgar contención emocional.	1. Abstenerse del consumo de drogas y/o alcohol.
2. Re-evaluar y confirmar diagnóstico: biopsicosocial, consumo, perfil criminológico, redes sociales de apoyo y socio-ocupacional.	2. Desarrollar y/o aprender estrategias orientadas al manejo de la sintomatología del Síndrome de Abstinencia Sub-agudo.
3. Abordaje de complicaciones médicas y psiquiátricas.	3. Aceptar las demandas del proceso terapéutico y adaptarse a las exigencias emocionales que esto conlleva.
4. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento.	4. Adaptarse a las normas y rutina del Centro de Tratamiento.
5. Manejo sintomatológico del síndrome de abstinencia sub-agudo.	5. Aprender conductas que tiendan a la tolerancia de los demás.
6. Promover la toma de conciencia del problema de consumo y comisión de delito.	6. Asimilar y/o desarrollar conductas prosociales, característica inherente al sistema de tratamiento residencial o ambulatorio.
7. Detección de factores de riesgo y de protección del consumo de drogas y delito.	
8. Favorecer la incorporación de la familia o significante afectivo al proceso terapéutico.	
9. Promover el desarrollo de conductas prosociales.	

Duración:

El tiempo de permanencia en esta fase corresponde a un máximo de 3 meses.

Elementos a considerar en la implementación de esta fase:

Con relación a aquellas personas que solicitan el ingreso a tratamiento sin haber cumplido el requisito de haber logrado la abstinencia durante un mes, el Equipo de Tratamiento estudiará el caso en particular, facilitando su ingreso cuando lo amerite.

Del mismo modo, cuando un interno manifieste el interés por ingresar a tratamiento directamente (sin haber pasado por la Etapa de Pre-tratamiento), el equipo estudiará el caso en particular, facilitando su ingreso cuando lo amerite.

Evaluación de la fase Adaptación

Se sugiere evaluar regularmente, a lo menos una vez al mes, al interno en cada una de las tareas a lograr en esta Fase. Este es un proceso que posibilita una evaluación formativa para el usuario, y la retroalimentación del equipo en cuanto a plan de intervención.

Paso a la Fase de Tratamiento propiamente tal

Una vez logradas las tareas propuestas tanto para el interno/a como para el equipo, se sugiere el cambio de Fase a través de una ceremonia ritual (rito de pasaje), y la firma de un Contrato Terapéutico en el cual se establezca el compromiso del interno/a para trabajar en pos de los objetivos del tratamiento. Deberán consignarse objetivos generales (comunes a todos los internos) y objetivos específicos concretos[2] y diferenciados para cada uno de los usuarios.

Fase B: Tratamiento por Ejes de Intervención (10 Meses)

Características

Esta fase corresponde al abordaje de 4 Ejes de Tratamiento, en un espacio de alta contención social y emocional y en un estado de abstinencia. La conducta de los internos/as se ha normado y la adaptación al sistema permite una mayor intervención individual y profundizar en los Ejes de Tratamiento que se describen más abajo.

Es necesario tener presente que dada la alta complejidad que presentan los internos/as, el equipo terapéutico se verá altamente demandado al momento de implementar los planes de tratamiento individual. Algunos aspectos será posible abordarlos en grupo, pero probablemente cada interno/a exigirá una atención personalizada ,específica y única.

Objetivos generales

1) Mantener una conducta abstinente y prosocial.
2) Implementar el plan de tratamiento individualizado.

[2] Es decir, objetivos o metas de tratamiento susceptibles de ser evaluadas por el equipo de tratamiento y por el mismo usuario, con el fin de retroalimentar permanentemente el proceso de tratamiento.

Ejes de Tratamiento y sus objetivos

Eje 1: Mantención de la Abstinencia y Tratamiento de la Fisio y Psicopatología asociada al consumo de sustancias psicoactivas

En este Eje predomina el aspecto biológico de la perspectiva bio-psico-social del diagnóstico y tratamiento en adicciones.

Los objetivos en este Eje son el mejoramiento de la condición somática y neuro-psiquiátrica; y el desarrollo de estrategias de afrontamiento y fomento de la auto-eficacia para posibilitar la mantención de la abstinencia.

Eje 2: Criminológico/Psicopatología Concomitante

En este Eje predominan los aspectos psico-sociales de la perspectiva bio-psico-social del diagnóstico y tratamiento en adicciones asociadas con hechos delictuales.

Este Eje incluye el aspecto Criminológico, entendido como un posible continuo en la biografía del interno y que se interrelaciona con variables preferentemente psico-sociales.

Asimismo, incluye un aspecto psicopatológico concomitante a lo criminológico, y probablemente secundario a la biografía de los internos/as.

Los objetivos en este Eje son el diagnóstico, la revisión del estilo de vida actual, la reorientación de éste hacia la construcción de un proyecto de vida socialmente aceptable, y la promoción de la ciudadanía en los usuarios.

Eje 3: Redes De Apoyo

En este Eje predominan los aspectos psico-sociales de la perspectiva bio-psico-social del diagnóstico y tratamiento en adicciones asociadas con hechos delictuales.

Los objetivos en este Eje son la detección, diagnóstico e intervención en las redes de apoyo en la vida del/la interno/na, en función de un nuevo proyecto de vida que incluya la mantención de la abstinencia, la ausencia de delitos y la integración socio-ocupacional.

En este Eje también se considerarán las variables de género en la re-construcción/construcción de redes de apoyo.

Eje 4: Integración Socio-Ocupacional

En este Eje se integran los aspectos psico-sociales de la perspectiva bio-psico-social del diagnóstico y tratamiento en adicciones asociadas con hechos delictuales.

Este Eje incluye los aspectos de la identidad ocupacional, de la competencia ocupacional, de los ambientes ocupacionales y los comportamientos ocupacionales; con el objetivo de (re)orientar, (re)insertar, (re)habilitar y (re)integrar a los internos para la mantención de la abstinencia, la ausencia de delitos y la consecución de un proyecto de vida socialmente aceptable.

Etapa	EJE 1 Consumo/ Abstinencia Psicopatología concomitante	EJE 2 Criminológico Psicopatología	EJE 3 Redes de Apoyo (Familia u otra)	EJE 4 Integración Socio-ocupacional
1a Etapa (3 meses)	Diagnóstico; Manejo Síndrome de Abstinencia Sub-agudo; e Intervención en crisis	Diagnóstico y Concienciación Delito/Consumo	Diagnóstico e Incorporación de Red de apoyo	Adaptación a las normas y rutinas del Centro de Tratamiento
2a Etapa (10 meses)	Tratamiento: Mantención de la abstinencia y Prevención de recaídas; y eventual tratamiento de los daños psico-orgánicos derivados del consumo	Tratamiento: Reformulación y/o construcción de nuevos significados personales y sociales	Adherencia desde el interno a la red, y vice-versa Tratamiento de la familia o construcción de redes alternativas	Diagnóstico socio-ocupacional: Identidad, competencia y contexto Tratamiento y (re)habilitación
3a Etapa (4 meses)	Control de Abstinencia e intervención en crisis Vínculo con Grupos de Auto-ayuda y Red Extra-penitenciaria	Itinerario de Reintegración: Reafirmación de Proyecto de vida	Itinerario de Reintegración: Reafirmación de Proyecto de vida	Itinerario de Reintegración: Reafirmación de Proyecto de vida

estrategias motivacionales

Nota: La línea punteada indica un traslapo o cruce de objetivos y actividades

Tareas del Equipo de Tratamiento

1. Intervenir en los factores mantenedores del consumo y prevención de recaídas.
2. Manejo del síndrome de abstinencia sub-agudo.
3. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta (redes de apoyo, conductas de autoeficacia).
4. Entrenamiento y desarrollo de habilidades sociales.
5. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales.
6. Revisión, elaboración y resignificación de la historia personal.

Duración

10 meses

Consideraciones respecto a la Fase de tratamiento por ejes de intervención.

Considerando que el cruce de variables de consumo problemático de sustancias psicoactivas y comisión de delitos es un problema complejo, requiere de una mirada comprensiva y amplia, y, por lo tanto, las respuestas posibles a dicha complejidad necesariamente deben surgir desde distintas perspectivas teórico-clínicas, y deben ser congruentes con la evidencia de resultados en el campo de las adicciones.

En este sentido, el Programa de Tratamiento se adscribe a los hallazgos del Enfoque Transteórico de la Motivación para el Cambio de Prochaska y Di Clemente, y lo reconoce como un Marco Conceptual y Metodológico de intervención, en el que los usuarios estarán dispuestos a trabajar en pos de objetivos que sean significativos para ellos, y en donde los equipos de tratamiento se acomodan a las necesidades del usuario, y hacen uso de estrategias motivacionales para la promoción de un estilo de vida saludable y prosocial.

Desde el punto de vista de la implementación de enfoques y técnicas terapéuticas para el logro de los objetivos propuestos, dichas prácticas deben ser congruentes con el Marco Conceptual al cual se adscribe el Programa, a la vez que reconozcan las competencias que presentan las personas y promuevan el cambio personal auto-gestionado.

Evaluación

Se sugiere evaluar regularmente, a lo menos bi-mensualmente, el logro de los objetivos propuestos en el plan de tratamiento individualizado, con el objeto de retroalimentar los avances del interno al equipo y a él/ella mismo. A su vez, la evaluación regular posibilitará la emergencia de nuevos objetivos de tratamiento.

Paso a la fase siguiente

Una vez logrados los objetivos propuestos, se sugiere el cambio de Fase a través de una ceremonia ritual (rito de pasaje), y la firma de un nuevo Contrato Terapéutico en el cual se establezca el compromiso del interno/a y de su red de apoyo significativa, para trabajar en pos de su integración social. Deberán consignarse objetivos generales (comunes a todos los internos) y objetivos específicos concretos y diferenciados para cada uno de los usuarios y su red.

Fase C: Programacion del Medio Libre (4 Meses)

Características

Corresponde al proceso de consolidación y de preparación para la Etapa de Integración Social, implica comprobar y reforzar las competencias y destrezas para desenvolverse en un medio libre, sin la contención que implica el grupo terapéutico y el sistema organizado y controlado del centro de tratamiento.

Requiere de un proceso de independencia y autonomía significativo que probablemente genera ansiedad e inseguridad en los internos/as y su red significativa; que puede traducirse en conductas contradictorias y ambivalentes, tales como el aparente retroceso en las conductas adquiridas, crisis y situaciones de conflicto con el resto de los internos y el equipo profesional o autoridades, entre otras.

Esta fase considera dos momentos; uno en el espacio intramuros y otro en el medio libre, por lo que los objetivos específicos planteados se presentan como un continuo de menor a mayor autonomía y eficacia y dependerá del programa de beneficios y salidas de cada interno/a en particular.

Objetivo General

1) Desarrollar un proyecto de vida en el medio libre.
2) Desarrollar y ejercitar competencias y habilidades para desenvolverse en el medio social en donde proyecta su reinserción psico–socio-laboral.

Tareas del Equipo

1) Implementar estrategias de prevención de recaídas.
2) Fomentar la autonomía y autocontrol en el medio libre.
3) Promover la ocupación del tiempo libre de manera saludable.
4) Apoyar la gestión de redes para el mejoramiento de las condiciones sociales necesarias para la integración (empleo, vivienda, salud, educación, etc.) y mantenimiento de hábitos saludables.
5) Promover la participación en grupos de autoayuda para el fortalecimiento de factores protectores asociados a la pertenencia y cohesión grupal.

Tareas del Interno

1) Ejercitar las habilidades sociales aprendidas en el tratamiento en el medio libre.
2) Enfrentar situaciones de crisis y exigencias del ambiente en el cual se inserte.
3) Distribuir adecuadamente el tiempo diario.
4) Detectar situaciones de riesgo y solicitar ayuda oportunamente cuando perciba riesgo de recaer/reincidir.

Duración

Cuatro meses

Consideraciones respecto a esta fase

Dado el tránsito que pueden seguir las personas que egresan de la fase de tratamiento por ejes de intervención, es necesario hacer las siguientes distinciones:

a) Usuarios que cumplen condena y recuperan su libertad;
b) Usuarios que acceden al beneficio de la salida Dominical y eventual Salida Diaria;
c) Usuarios que reciben el beneficio de Libertad Condicional; y
d) Usuarios que terminado el programa de tratamiento deben volver a cumplir su condena en las secciones intra-muros correspondientes.

Para los casos a), b) y c) adquiere una gran relevancia el concepto de "red de redes", en el sentido que el Centro de Tratamiento articulará y facilitará las redes existentes en la comunidad para facilitar la integración socio ocupacional de los usuarios, y asegurar el apoyo necesario para un proyecto de vida saludable.

Etapa 4:

Post-tratamiento e Integración Social (12 Meses)

Características

Esta etapa representa la continuación de la fase final de tratamiento, que se ha implementado al interior del recinto penitenciario, por lo que los objetivos son poner en práctica los conocimientos, las habilidades y destrezas aprendidas durante todo el proceso de tratamiento, pero con todas las dificultades que implica estar inserto en un contexto social de alta vulnerabilidad y adversidad, pero sin contención emocional (que aportaba el grupo de pares y el equipo clínico).

Seguimiento e integración social

Se trata de dar continuidad al proceso terapéutico de integración con un seguimiento y monitoreo por parte del equipo del Centro de Tratamiento, y la coordinación con los equipos de Medio Libre cuando corresponda.

La Fase de Post-Tratamiento implica un importante apoyo frente al manejo de conflictos o situaciones de crisis, y a las dificultades experimentadas en la inserción, reinserción e integración social. El apoyo debe considerar la promoción de la autonomía y autoeficacia fundamentalmente, así como también la prevención de recaídas.

Se sugiere la presencia de un trabajador social que cumpla la función de tutor social y/ o acompañante terapéutico durante el proceso de transición de intra a extramuros y que permanezca hasta que el usuario/a se encuentre en condiciones de autonomía suficiente y necesaria para la integración social al medio libre.

III. prestaciones terapéuticas

Prestaciones por fase de Tratamiento

A continuación, se realiza una descripción de las intervenciones o prestaciones terapéuticas que se han señalado en esta etapa del programa de intervención a fin de evitar confusiones entre los equipos a cargo de los centros.

Fase	Duración	Tipo de prestaciones	Responsables de la Intervención
Adaptación	3 meses	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta psicológica individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv.psicosocial grupo Interv.psicosocial familiar Visita domiciliaria	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicóloga/o Psicóloga/o As.Social Psicólogo Tec. Rehab /Profesional a cargo Tec. Rehab /Profesional a cargo As. Social T. Rehabilitación
Tratamiento por ejes de intervención	4a a 14a mes (10 meses)	Consulta salud mental individual Interv.psicosocial grupo Consulta psiquiátrica individual/profesional Consulta psiquiátrica y equipo profesional Consulta médica Consulta psicológica Psicoterapia Interv.psicosocial grupo Consulta psicológica Psicoterapia Interv.psicosocial grupo Consulta psicológica individual Interv.psicosocial familiar Intevención A. Social individual	A. social, Psicólogo /T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general/Psicóloga/o Psicóloga/o / T. Rehabilitación/Médico Psicóloga/o Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o As. Social Psicólogoa/a. T. en Rehabilitación. A. social, Psicólogo /T. Rehabilitación
Programación medio libre	14a al 180 mes (4 meses)	Intervención A social en grupo Intervención psicosocial Familiar de grupo Intervención psicosocial familiar individual Consulta salud mental individual Interv.psicosocial grupo Consulta psiquiátrica individual/ Consulta médica Consulta psicológica Psicoterapia Interv.psicosocial grupo Visita domiciliaria	Psiquiatra Médico/a general/Psicóloga/o Psicóloga/o / T. Rehabilitación/Médico Psicóloga/o/ T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o As. Social

1.- Exámenes de presencia de drogas en orina

Se realizan análisis de consumo al ingreso, durante el proceso terapéutico al azar y con una frecuencia de 3 meses, y en aquellos casos con sospecha de consumo. (Ver ANEXO Protocolo).

2.- Consultas de salud mental

Objetivos:

Realizar seguimiento y refuerzo de adhesión al tratamiento.
Manejar de situaciones complejas.
Resolver conflictos específicos de la persona y su familia.

Acciones a realizar:

- Evaluación y diagnóstico psicosocial.
- Psico educación a la persona y familia.

Técnico/ profesional que la realiza:

Psicólogo, enfermera, asistente social, matrona, técnico en rehabilitación, terapeuta ocupacional u otro profesional afín.

3.- Intervenciones psicosociales de grupo

Objetivos:

Reforzar adherencia al tratamiento.
Incentivar comportamientos de autoayuda.
Reforzar habilidades psicosociales.
Reforzar el desarrollo personal.
Entregar información sobre el proceso de consumo, sus etapas, conductas asociadas.
Entregar información sobre factores de riesgo y de protección.
Entregar información sobre prevención de recaídas.

Acciones a realizar:

- Psico educación.
- Apoyo emocional, entrenamiento en habilidades e identificación de relaciones de ayuda en la familia y red social.
- Motivación a la vinculación a grupos de auto ayuda.

Técnico/profesional que la realiza:

Psicólogo, enfermera, asistente social, técnico en rehabilitación, matrona, terapeuta ocupacional u otro profesional afín.

4.- Consulta psicológica

Objetivos:

Apoyo emocional.

Reforzar habilidades psicosociales.

Apoyo o ayuda en la comprensión de la problemática.

Análisis de estructura cognitiva (creencias, tipo de pensamiento), locus de control.

Apoyo en el proceso de autoconocimiento.

Acciones a realizar:

- Evaluación y diagnóstico psicológico.
- Psicoeducación, apoyo emocional.
- Entrenamiento en destrezas de comunicación, manejo de emociones y problemas, prevención de recaídas.
- Apoyo en la resolución de conflictos específicos.
- Contención emocional y manejo de crisis.
- Elaboración de duelos y pérdidas.

Técnico/profesional que la realiza

Psicólogo clínico.

5.- Consulta psiquiátrica

Objetivos:

Diagnosticar, indicar o modificar tratamiento.

Seguimiento clínico.

Manejo de la eventual patología psiquiátrica asociada.

Acciones a realizar:

- Evaluación y diagnóstico psiquiátrico.
- Indicación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en caso de psicopatología leve o moderada.
- Intervención en crisis.
- Apoyo emocional.
- (En caso de psicopatología severa derivar a psiquiatra del sistema penitenciario. Los internos/as con psicopatología severa no serán tratados en el centro de tratamiento para drogas y serán derivados al equipo de salud del sistema penitenciario).

Técnico/profesional que la realiza:

Psiquiatra.

6.- Psicoterapia individual

Objetivos:

Modificar factores psicológicos o cognitivos

Entrenar en habilidades o destrezas específicas

Acciones a realizar:

- Sesión de psicoterapia individual
- Psicoterapia de apoyo

Técnico/profesional que la realiza

Psicólogo, Psiquiatra.

7.- Psicoterapia grupal

Objetivos:

Abordar y modificar problemáticas grupales- relacionales

Promover y fortalecer destrezas personales que se evidencian en grupo

Acciones a realizar:

- Aplicación de intervenciones terapéuticas según modelo específico.

Técnico/Profesional que la realiza:

Psicólogo Clínico, Psiquiatra.

8.- Psicodiagnóstico

Objetivos:

Diagnosticar aspectos psicodinámicos, intrapsíquicos, cognitivos, emocionales, sociales, criminológicos y de personalidad.

Acciones a realizar:

- Aplicación de test psicológicos o pruebas diagnósticas
- Entrevista clínica

Técnico/profesional:

Psicólogo clínico.

9.- Visitas domiciliarias

Objetivos:

Evaluar condiciones sociales

Motivar a tratamiento
Apoyar y/o fortalecer la red social y familia

Acciones a realizar

- Evaluación y diagnóstico social y familiar
- Psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades
- Articulación de las redes de apoyo familiar y social.

Técnico/Profesional que la realiza

Asistente social, enfermera y/o técnico en rehabilitación (supervisado por Asistente Social).

10.- Canasta de Prestaciones

Se refiere a las actividades terapéuticas recomendables a realizar para cada interno/a y sus familias, el número de intervenciones a la semana y el porcentaje de internos/as a quien se le otorga.

Se describen exámenes y medicamentos contemplados. Estas prestaciones están estipuladas para 12 meses.

Prestación	Cantidad Semanal	Cantidad Mensual	Cantidad Anual	Frec. Uso
Actividades terapéuticas				
Consulta de Salud Mental	4	16	192	100%
Intervención Psicosocial de Grupo	17	68	816	100%
Consulta Psicológica	1	4	48	100%
Consulta Psiquiatría	1	4	48	100%
Psicoterapia individual	1	4	48	100%
Psicoterapia grupal	1	4	48	100%
Visita Domiciliaria	0,25	1	12	100%
Psicodiagnóstico	0,5	2	24	30%
Exámenes				
Hemograma			1	100%
Screening de drogas en orina			4	100%
Glicemia			1	100%
Pruebas Hepáticas			1	100%
VRDL			1	100%
VIH			1	100%
Rx. De Tórax			1	10%
TAC cerebral			1	1%
EEG			1	20%
ECG			1	10%

11.-Arsenal farmacológico recomendado para los Centros de Tratamiento

A continuación se detalla un listado de medicamentos, con la respectiva dosis, conformado en su mayoría por psicofármacos, para ser indicados en caso que las características de la complejidad del problema del consumo lo requiera. Estos medicamentos deben ser prescritos exclusivamente por médico general o especialista.

Medicamentos	Unidades Prescripción mensual	Porcentaje de Uso
Diazepam 10 mgrs	60	50%
Clorodiazepóxido 10 mgrs	60	50%
Fluoxetina 20 mgrs	60	50%
AMT 25 mgrs	120	30%
Sertralina 50 mgrs	180	60%
Paroxetina 20 mgrs	30	30%
Citalopram 20 mgrs	30	30%
Venlafaxina 50 mgrs	60	20%
Meleril 25 mgrs	60	30%
Risperidona 1 mgr	60	30%
Lorazepam IM 4 mgrs	3	10%
Clonazepam 0.5 mgrs	60	50%
Clorpromazina oral 25 mgrs	60	30%
Haloperidol oral 5 mgrs	60	30%
Carbonato de Litio 300 mgrs	90	20%
Acido Valproico 500 mgrs	60	30%
Carbamazepina 300 mgrs	90	20%
Vitamina B1 IM	3	5%
Disulfirano 500 mgrs	30	
Pellet Disulfirano	2	
Gabapentina 4mg	60	60%
Tepiromato 100mg	50	50%

IV. consideraciones finales para el tratamiento

Se sugiere tener presente las siguientes consideraciones y orientaciones para el tratamiento de internos/as con consumo problemático de drogas al interior de los recintos penitenciarios:

- Atención integral, que incorpore los aspectos biopsicosociales, además de lo relativo a consumo y conducta delictiva.
- La atención es de alta intensidad, es decir considera alta frecuencia y alta concentración de las prestaciones o intervenciones terapéuticas.
- Se valora la contención emocional que entrega el grupo, así como el modelaje conductual.
- Se valora el ordenamiento de la rutina diaria a través de la distribución de roles y funciones complementarios.
- Se reconoce que todas las tareas y funciones tienen, siempre, además un objetivo terapéutico, por lo tanto deben ser asignadas por el equipo terapéutico y retroalimentadas y evaluadas periódicamente. Se sugiere una rotación permanente de las mismas, de manera que todos los internos/as tengan la oportunidad de vivenciar, alguna vez, todas las funciones propias de la mantención del centro.
- La estructura de funcionamiento del centro está a cargo del equipo terapéutico, específicamente del coordinador técnico, quién delegará funciones sólo en otro profesional del equipo, cuando lo estime pertinente.

- Es fundamental que la organización y estructura de funcionamiento del centro asegure distribución de roles y funciones adecuadas, establezca canales y sistemas de comunicación expeditos, asegure espacios para las discusiones clínicas y la contención emocional del equipo terapéutico como medidas mínimas de prevención del síndrome del bornout.

- El programa de tratamiento (coordinación, regulación y aplicación) deberá estar implícito en el régimen penitenciario y deberá coordinarse permanentemente con el Alcaide de la Unidad Penal.

- El Centro de Tratamiento, no trata pacientes psiquiátricos severos.

- Es un centro que requiere la presencia de profesionales con experiencia y unas condiciones determinadas de infraestructura y espacios.

- Requiere la participación de los profesionales en el Consejo Técnico o la entrega de información para el análisis de casos del Centro de Tratamiento.

- El programa de intervención necesariamente debe considerar los lapsos y recaídas como parte del proceso.

- El equipo terapéutico deberá mantener registros individuales actualizados de todas las intervenciones terapéuticas realizadas con cada usuario/a, en una sistema de información, ficha o formato tipo que indique el diagnóstico integral y el plan individualizado de tratamiento, con los logros alcanzados por fase.

V. aplicación de instrumentos de registro de la Información

A continuación se enumeran algunos instrumentos que hacen posible sistematizar la información y evaluar permanentemente el progreso y avance de los internos/as.

- El diario del centro, o registro diario de la rutina e hitos significativos. En éste, cada profesional explica los acontecimientos más relevantes del día; de este modo, puede seguirse el hilo conductor de los mismos y servir a su vez de herramienta básica de coordinación, en el caso de que se trabaje en diferentes turnos.

- Registro diario del plan individualizado de tratamiento criminológico y de adicción (digital o manual).

- Escalas de evaluación de proceso por fase, que realiza el equipo técnico y permite tomar decisiones respecto del plan de tratamiento individualizado.

- Registro de la reunión clínica y de la reunión de equipo.

- Base de datos del Centro: es el instrumento mediante el cual se lleva un registro histórico de los internos que han ingresado en tratamiento y han permanecido más de un mes, y las características de ellos. Esta información se registra de manera digital.

VI. formas de egresos

En el tratamiento se podrán contemplar los siguientes tipos de egreso:

Alta terapéutica:

El alta corresponde cuando el interno/a ha pasado exitosamente por todas las etapas de tratamiento, cumpliendo los objetivos terapéuticos.

Alta por beneficios intrapenitenciarios:

El alta corresponde cuando el interno/a ha pasado exitosamente por todas las etapas de tratamiento, cumpliendo los objetivos terapéuticos y el Consejo Técnico aprueba permisos de salida al medio libre.

Alta disciplinaria:

Corresponde cuando el interno/a no ha cumplido el contrato terapéutico y/o ha transgredido el régimen y normativa del centro, debido a lo cual el equipo estipula la expulsión del programa.

Egreso voluntario y /o deserción:

Corresponde cuando el interno/a, por escrito presenta la renuncia al programa, aduciendo razones personales o ajenas al régimen del centro de tratamiento.

Situaciones especiales

Corresponde cuando el interno/a accede a algún traslado penitenciario, salida por fianza y / o otra situación que genere su salida del recinto penitenciario.

Se sugiere que los casos egresados con alta terapéutica y que aún no han terminado su condena, no sean reintegrados a los módulos regulares de los internos, pues representa un retroceso en su proceso y una pérdida en la inversión en tratamiento. Lo indicado es derivarlos a módulos protegidos y que sean atendidos, en etapa de seguimiento, por el equipo profesional del centro de tratamiento.

bibliografía

Arcila, M. G. Del solar, A.Villarino y otros. 1999. La dependencia al consumo de drogas; una aproximación teórico practica al tratamiento ambulatorio Programa Drogas Ilustre Municipalidad de Santiago.

Casas, M y M. Gossop. 1993. Recaídas y Prevención de recaídas CITRÁN Ediciones en neurociencias.

Casas, M. Gutierrez L. 1995. "Sida y Drogodependencias CITRAN.

CONACE 2004 Lineamientos técnicos tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas Gobierno de Chile.

CONACE 2004 Mujeres y Tratamiento de Drogas Gobierno de Chile.

Miller, William R. Rollnick. Stephen 1999. La Entrevista Motivacional (preparar para el cambio de conductas adictivas) Editorial Paidos.

Stanton, M.D. T. Todd y cols..1994. Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las drogas." Gedisa.

Washton-Donna Arnold 1991. "Querer no es poder". Editorial Paidos.

Anexo N°1

instrumento de sospecha diagnóstica

(Para ser aplicados por Duplas Psicosociales del Area Técnica)

Detección de Consumo Problemático de Alcohol y Drogas

1.-Ud ha consumido alguna vez en su vida alguna(s) droga (incluida el alcohol)

Si No

2.-Cuándo fue la última vez que consumió drogas

a.-Durante este año

b.-El año pasado

c.-Hace mas de cinco años

Si la respuesta es más de cinco años, indagar, si coincide con el periodo privado de libertad y preguntar:

3.-¿Ud cree que si estuviese en libertad estaría consumiendo alguna droga?

Si No

Tanto para los que responden afirmativamente a la pregunta anterior, como para aquellos que contestaron a o b en la pregunta 2, continuar:

4.-.-Pensando en él ultimo año. cual(es) de estas drogas ha consumido

Categoría Sustancia psicoactiva	Sustancia psicoactiva	Frecuencia de consumo
Alcohol	Cerveza, malta, chicha, vino/champaña, o licores fuertes	(Véase la pregunta 5)
Marihuana		
Cocaína	Clorhidrato	
Pasta base	Sulfato	
Crack		
Heroína		
Éxtasis		
Chicota	Flunitrazepam inhalado	
Tonaril		
Alucinógenos	LSD y otros ácidos, Polvo de ángel (Fenciclidina o PCP), Peyote o San Pedro, Mescalina	
Inhalables	Neoprén, Tolueno, Bencina o parafina, Éter u otros solventes volátiles usados en pinturas, Pinturas en spray, Poppers (nitritos amílicos, Acetona, Solventes para extintores de incendios	
Analgésicos (sin receta)	Tylenol con codeína, Codeína, Metadona, Morfina, Petidina, Tramal, Fentanyl	
Tranquilizantes Benzodiacepinas sin receta médica	Clonazepam, Ravotril o Valpax, Alprazolam, Zotrán o Ativán, Lorazepam o Amparas, Valium o Diazepam, Clorodiacepóxido, Bromacepam, Dormonit o Midazolam, Zopiclona, Zolpidem o Somno, Rohypnol o Flunitracepam	
Estimulantes (Anfetaminas sin receta médica)	Anfetaminas, Ritalín, Metilfenidato o Ritrocel, Cylert o Pemolina, Cidrín, Escancil, Fenproporex, Anfepramona	
Sedativos (sin receta médica	Fenobarbital, Barbitúricos tales como Nembutal, Pentobarbital, Seconal, Secobarbital o Butalbital	

5.-En el último año, con que frecuencia ha consumido esta(s) drogas (especificar para cada droga señalada)

a.-Diariamente
b.-De dos a tres veces por semana
c.-Una vez a la semana
d.-Una vez cada quince días
e.-Una vez en el mes
f.- Muy de vez en cuando
d.-Es la primera vez que consumía

6.- Ha observado que para obtener el mismo efecto con la(s) drogas, ha consumido mayor cantidad que antes.

Si No

7.-Ha notado que la misma cantidad de droga tiene menos efecto en Ud. que antes.

Si No

8.-Ha dejado de hacer algunas actividades por el consumo de drogas

Si No

9.-Pasa más tiempo que antes para recuperarse de los efectos del consumo de drogas

Si No

10.-Ha continuado consumiendo drogas a pesar de que le ocasione problemas de salud física. emocionales o nerviosos

Si No

11.-Ha tenido problemas legales por el consumo de drogas

Si No

12.-Ha tenido problemas con los otros internos o el personal funcionario del recinto penal por su consumo de drogas

Si No

13- Ud. percibe problemas actuales por su forma de consumo
Si la respuesta es afirmativa, preguntar:

Si No

14.- Ud. solicitaría en la actualidad ayuda para resolver estos problemas en el Centro de Tratamiento de la Unidad Penal

Si No

Criterios para la Sospecha Diagnóstica Consumo Problemático de Drogas

6 Sí (Consumo problema, Desarrollo de Tolerancia [Sospecha de Dependencia])
7 Sí (Consumo problema, Desarrollo de Tolerancia [Sospecha de Dependencia])
8 Sí (Consumo problema, con/sin dependencia)
9. Sí (Consumo problema, con/sin dependencia)
10. Sí (Consumo problema, con/sin dependencia)
11. Sí (Consumo problema, con/sin dependencia)
12. Sí (Consumo problema, al menos por consumo perjudicial)
13. (Evaluación de Motivación) (Sí = ¿Contemplación?, No = Precontemplación)
14. (Evaluación de Motivación) (Sí = Contemplación, No = Precontemplación)

Consumo Problema: Al menos una respuesta "Sí" en los ítems 6 al 12

Anexo N°2

criterios diagnósticos de los trastornos mentales y comportamentales por consumo de sustancias.

Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E. 10), Organización Mundial de la Salud.

1.- Intoxicación aguda

Estado transitorio, consecutivo al consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva, que provoca una alteración en los niveles de la conciencia, cognitivo, perceptual, afectivo, conductual o en las funciones y respuestas psicofisiológicas.

El grado de la intoxicación generalmente depende de las dosis de sustancia psicoactiva consumida previamente, aunque algunas personas reaccionan en forma desproporcionada.

La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y la recuperación generalmente es completa.

En algunos casos es importante descartar la presencia de hipoglicemia, traumatismos, coma, convulsiones y otras enfermedades físicas.

Sólo en el caso del alcohol, existe una condición llamada “Intoxicación patológica” consistente en que con pequeñas dosis de alcohol que no alcanzarían a producir intoxicación, aparecen comportamientos no habituales en el sujeto cuando sobrio, frecuentemente de carácter agresivo.

2.- Consumo perjudicial (abuso)

Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).

Las personas con consumo perjudiciales reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.

En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativo de consumo perjudicial.

3.- Dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias, adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada en relación a otras conductas que antes tenían alto valor.

La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso (compulsión, "craving") de ingerir la sustancia.

Además, si la persona vuelve a consumir la sustancia luego de un período de abstinencia, reaparecen rápidamente los diversos síntomas o manifestaciones de la dependencia.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo han estado presente tres (3) o más de los siguientes manifestaciones:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Las personas reconocen una menor capacidad para controlar sea el comienzo del consumo de una sustancia, sea para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa.
- Se confirma porque los síntomas característicos se alivian al consumir nuevamente la misma sustancia que los provoca.
- Aumento de la tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia.
- Aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de las evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario.

4.- Síndrome de privación o abstinencia

Conjunto de síntomas de varios niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El comienzo y la evolución del estado de abstinencia está limitado en el tiempo y está relacionado con el tipo de sustancia y las cantidades consumidas inmediatamente antes de la abstinencia.

El síndrome de abstinencia se presenta con síntomas psicofisiológicos que varían con las diversas sustancias. Entre los más típicos y comunes a todas las drogas está la apetencia por la droga que con el tiempo se convierte en un deseo imperioso, urgencia o "craving" por consumir una nueva dosis de la droga. Se acompaña de ansiedad, intranquilidad motriz, alteración de la capacidad de concentración, irritabilidad, insomnio y otras alteraciones de dormir.

Los síntomas pueden aparecer en pocos minutos a horas luego de la última dosis. La pasta base presenta esta característica. Los consumidores relatan angustia, dolores abdominales y una focalización marcada de la atención y dedicación exclusivamente a obtener alivio con una nueva dosis.

En otros casos, los síntomas se presentan 1 a 2 días y hasta 30 días después de suspender la sustancia. En estos casos, las imágenes y recuerdos de situaciones de consumo anteriores son más importantes. También el sujeto experimenta en forma súbita o inmotivada, la aparición de sensaciones de urgencia e impulsos por consumir o, al menos, acercarse a la droga, a los amigos de consumo o a los lugares de obtención habitual. Otras veces, ello se asocia a estímulos, físicos, sociales o puramente internos del usuario, que parecen evocar y despertar la urgencia o "craving". Siempre el consultante señalará fallas de la atención, concentración, del humor que podrán afectar su rendimiento en las tareas, además de disminución de intereses, comportamientos erráticos, ánimo depresivo, temores y desconfianzas que luego enjuicia como absurdas. Entre los usuarios de cocaína y/o estimulantes anfetamínicos será frecuente este tipo de privación.

Finalmente, fenómenos similares pueden también presentarse, semanas o meses luego de haber suspendido el consumo activo. En este caso, generalmente tienen un menor grado de intensidad, pero de todos modos resultan muy perturbadores, si ocurren por ejemplo, en medio de un proceso de rehabilitación. Es el llamado síndrome de privación retardado o postergado.

Lo importante es que los síntomas en estos últimas dos modalidades son desencadenados por situaciones - estímulo, las que pueden ser evitadas o manejadas por los

consultantes, con información y entrenamiento. Esta es una de las bases del tratamiento, la identificación de los estímulos desencadenantes de la apetencia y urgencia por consumir y practicar una forma de convivir con ellas y resistir su efecto angustiante y presionante.

El síndrome de abstinencia puede complicarse con:convulsiones, delirium o estados confusionales o de alteración de la conciencia, en los que aparecen alteraciones conductuales y síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas o interpretaciones delirantes de la realidad).

Anexo N°3

trastornos psiquiatricos excluyentes

(CIE-10)

Los internos que presenten los Trastornos psiquiátricos severos y/o crónicos concomitantes con el Consumo Problemático de Alcohol y Drogas enumerados más abajo deberán ser excluidos del tratamiento en el Centro de Tratamiento y derivados al Equipo de Salud o a Psiquiatría Forense para su terapia correspondiente. La sospecha diagnóstica deberá ser confirmada por un médico psiquiatra.

F00 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
F01 DEMENCIA VASCULAR

El requisito primordial para el diagnóstico es la presencia de un deterioro tanto de la memoria como del pensamiento, suficiente como para interferir con la actividad cotidiana. Es característico que el deterioro de la memoria afecte a la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva.

F06 OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O A ENFERMEDAD SOMÁTICA

F07 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDAD, LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL

F20 ESQUIZOFRENIA

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o mas si son menos evidentes, de cualquiera de los

grupos uno a cuatro o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más:

a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor y
h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conductas personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

F20.0 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos y
c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.

F20.1 ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA

Se trata de una forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente un comportamiento irresponsable e imprevisible y de manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos u otros abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

F20.2 ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de uno de los siguientes tipos de comportamiento:

a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
f) Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior y
g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del leguaje.

F20.6 ESQUIZOFRENIA SIMPLE

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta el desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general.

No hay presencia evidente de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan obviamente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos y se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

F25 TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo debería hacerse sólo cuando las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y se presentan simultáneamente o con un plazo de pocos días entre unos y otros, dentro del mismo episodio de la enfermedad, y cuando, como consecuencia de lo anterior, el episodio de enfermedad no satisface las pautas ni de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maníaco.

F30 EPISODIO MANÍACO

Exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de las inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vívida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida.

F31 TRASTORNO BIPOLAR

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy

parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar.

F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve, moderada o grave, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

a) la disminución de la atención y concentración.
b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
d) una perspectiva sombría del futuro.
e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
f) los trastornos del sueño y
g) la pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son:

a) pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
b) pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
c) despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
d) empeoramiento matutino del humor depresivo.

e) presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
f) pérdida marcada de apetito.
g) pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes) y
h) pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente a menos que cuatro o más de cuatro de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Solo se dejarán fuera del tratamiento del Centro de Tratamiento aquellos internos que asociado al Consumo Problema de Alcohol y Drogas presenten:

F32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo los sentimientos de inutilidad o culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es notable en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Utilice esta categoría para episodios aislados de trastorno depresivo grave. Si hubieran presentado otros episodios utilice la categoría trastorno depresivo recurrente.

Incluye:

- episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- melancolía depresión vital sin síntoma psicóticos.

F32.3 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas de, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o un estupor depresivo. Las

ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta un estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Incluye:

- episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos.
- psicosis depresiva psicógena.
- psicosis depresiva reactiva.
- depresión psicótica.

F34 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En 5algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares, han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

F34.0 CICLOTIMIA

Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Es difícil diagnosticar este trastorno sin disponer de un período prolongado de observación o de un relato excepcionalmente bueno del comportamiento del enfermo en el pasado. Dado que las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

El rasgo esencial es la inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la

descripción de un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente. Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco o episodio depresivo.

Incluye:

- trastorno de personalidad afectiva.
- personalidad cicloide.
- personalidad ciclotímica.

F34.1 DISTIMIA

Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo esencial es una depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Incluye:

- depresión ansiosa persistente.
- neurosis depresiv.a
- trastorno de personalidad depresiva.
- depresión neurótica (demás de dos años de duración).

F60 F62 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD, TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y TRANSFORMACIONES PERSISTENTES DE LA PERSONALIDAD

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables

de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales (ver F07).

Cada una de las alteraciones incluidas en este grupo debe ser clasificada de acuerdo con la forma de expresión comportamental predominante. No obstante, la clasificación de este área no puede, por el momento, ir más allá de la descripción de una serie de tipos o subtipos que no son mutuamente excluyentes y que tienen entre ellos características que se solapan.

Los trastornos de la personalidad se subdividen por lo tanto de acuerdo con los rasgos correspondientes a sus manifestaciones comportamentales más frecuentes o destacadas. Los subtipos así descritos han recibido un reconocimiento general como formas importantes de desviación de la personalidad. Para hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad, el clínico ha de considerar todos los aspectos funcionales de la personalidad, aunque el diagnóstico, para ser simple y eficaz, se referirá sólo a aquellas dimensiones o rasgos en los que se alcancen los grados de gravedad propuestos.

La evaluación ha de basarse en tantas fuentes de información como sea posible.

F60 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD

Este epígrafe incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 ó 17 años. A continuación se presentan las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad. El resto de las características complementarias se especifican en cada uno de los subtipos.

Pautas para el diagnóstico

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

a) actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
b) la forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
c) la forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
d) las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
e) el trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución y
f) el trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

F60.2 TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento, que está caracterizado por:

a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
d) Muy baja tolerancia a la frustración con bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo y
f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo y puede presentarse también una irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene porque haberse presentado siempre.

Incluye: trastorno de personalidad sociopática trastorno de personalidad amoral trastorno de personalidad asocial trastorno de personalidad antisocial trastorno de personalidad psicopática

F64 TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

F64.0 Transexualismo

Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido.

Pautas para el diagnóstico

La identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante dos años y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.

F64.1 Transvestismo no fetichista

Consiste en llevar ropas del sexo opuesto durante una parte de la propia existencia a fin de disfrutar de la experiencia transitoria de pertenecer al sexo opuesto, pero sin ningún deseo de llevar a cabo un cambio de sexo permanente y menos aún de ser sometido a una intervención quirúrgica para ello. Debe ser distinguido del transvestismo fetichista, en el que hay una excitación sexual acompañando a estas experiencias de cambio de vestido

Incluye: trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la edad adulta de tipo no transexual

Excluye: transvestismo fetichista

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia

Se trata de trastornos que suelen manifestarse por primera vez durante la primera infancia (siempre mucho antes de la pubertad) caracterizados por un malestar intenso y persistente debido al sexo propio, junto al deseo (o insistencia) de pertenecer al sexo opuesto. Hay una preocupación constante con el vestido o las actividades del sexo opuesto o un rechazo hacia el propio sexo. Se cree que estos trastornos son relativamente raros y no deben confundirse con la falta de conformidad con el papel sexual socialmente aceptado, que es mucho más frecuente. El diagnóstico del trastorno de la identidad sexual en la infancia requiere una profunda alteración en el sentimiento normal de masculinidad o feminidad. No es suficiente la simple masculinización de los hábitos en las chicas o el afeminamiento en los chicos. El diagnóstico no puede realizarse cuando el individuo ha alcanzado la pubertad.

Pautas para el diagnóstico

La característica diagnóstica esencial es el deseo general y persistente del enfermo de ser (o insistencia de que se es) del sexo opuesto al propio, junto a un intenso rechazo

del comportamiento, atributos y atuendos del mismo. Se manifiesta por primera vez durante los años pre escolares. Para poder ser diagnosticado debe haber aparecido antes de la pubertad. En ambos sexos puede existir, aunque es muy raro el rechazo de las estructuras anatómicas del propio sexo. Lo más típico es que los niños con un trastorno de la identidad sexual nieguen sentirse afectados por el, aunque pueden sentir malestar debido al conflicto generado por las expectativas de su familia o compañeros y por las burlas o rechazo al cual pueden estar sometidos.

Estos trastornos han sido mejor estudiados en chicos que en chicas. Lo más característico es que desde los años de pre-escolar los chicos se interesan por juegos y otras actividades que corrientemente se asocian con mujeres y suele haber una preferencia por vestirse con atuendos femeninos. Sin embargo, este transvestismo no es causa de excitación sexual (a diferencia del transvestismo fetichista en adultos, F65.1). Puede existir un intenso deseo de participar en los juegos y pasatiempos de las chicas y, las muñecas son un juguete favorito y por lo general prefieren a las chicas como compañeros de juego. El ostracismo social tiende a presentarse durante los primeros años de la escolarización y tiende a alcanzar su máximo en la segunda infancia con la presencia de bromas humillantes por parte de los compañeros. El comportamiento abiertamente femenino pueden disminuir durante la adolescencia temprana pero los estudios de seguimiento demuestran que de 1/3 a 2/3 de los chicos con un trastorno de la identidad sexual en la infancia presentan una orientación homosexual durante la adolescencia y después de ella. Sin embargo, muy pocos presentan transexualismo en la vida adulta (aunque muchos adultos con transexualismo refieren haber presentado problemas de identidad sexual en la infancia).

En estudios clínicos, los trastornos de la identidad sexual son menos frecuentes en chicas que en chicos pero no se sabe si esta proporción se mantiene en la población general. Tanto en chicas como en el caso de los chicos, existe a menudo un interés temprano hacia formas de conducta características del sexo opuesto. Las chicas con este trastorno suelen tener compañeros de juego masculinos y demuestran un ávido interés en deportes y juegos rudos. En cambio no demuestran interés en muñecas o por representar papeles femeninos en juegos tales como “papás y mamás” o “las casitas”. Las chicas con un trastorno de la identidad sexual tienden a no padecer el mismo grado de ostracismo social que los chicos, aunque pueden padecer burlas en la infancia tardía y la adolescencia. La mayoría abandonan su insistencia exagerada por actividades y atuendos masculinos a medida que se acercan a la adolescencia pero mantienen una identificación masculina y continúan presentando una orientación homosexual en la vida adulta.

En raras ocasiones un trastorno de la identidad sexual puede presentarse asociado un rechazo persistente de las estructuras anatómicas del sexo propio. En chicas este hecho se puede poner de manifiesto por afirmaciones repetidas de que tienen o va a crecerles un pene, por un rechazo a orinar en posición sentada o por la afirmación de que no quieren que les crezcan los pechos o les aparezca la menstruación. Este trastorno puede

manifestarse en chicos por afirmaciones repetidas de que su desarrollo somático será el de una mujer, de que el pene y los testículos son repugnantes o que desaparecerán o que sería mejor no tener pene o testículos.

F65 TRASTORNOS DE LA INCLINACIÓN SEXUAL

Incluye: parafilias

Excluye: problemas asociados con la orientación sexual

F65.0 Fetichismo

Consiste en la dependencia de algún objeto inerte como estímulo para la excitación y la gratificación sexuales. Muchos fetiches son extensiones del cuerpo humano tales como artículos de ropa o calzado. Otros objetos frecuentes se caracterizan por alguna textura particular como la goma, el plástico o el cuero. La importancia de los fetiches varía según el individuo. En algunos casos sirven simplemente como refuerzo de la situación sexual conseguida por medios ordinarios (por ejemplo, haciendo que la pareja lleve una determinada vestimenta).

Pautas para el diagnóstico

El fetichismo se diagnosticará sólo si el fetiche es la fuente más importante de estimulación sexual o si es esencial para la respuesta sexual satisfactoria.

Las fantasías fetichistas son frecuentes, pero no configuran un trastorno a no ser que lleven a rituales que sean tan apremiantes e inaceptables como para interferir con la relación sexual y causar un malestar individual.

El fetichismo se presenta casi exclusivamente en varones.

F65.1 Transvestismo fetichista

Consiste en llevar ropas del otro sexo con el objetivo principal de obtener excitación sexual.

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno debe distinguirse del fetichismo simple en el sentido de que los objetos fetichistas o las ropas no sólo se llevan, sino que se llevan para crear la apariencia de ser una persona del sexo opuesto. Normalmente se lleva más de un artículo y a menudo una vestimenta completa incluso con peluca y maquillaje. El transvestismo fetichista se distingue del transvestismo transexual por su clara asociación con la excitación sexual y con el fuerte deseo de quitarse la ropa una vez que se alcanza el orgasmo y la excitación sexual declina. Generalmente en los transexuales hay antecedentes de transvestismo fetichista como fase anterior y probablemente en estos casos representa una etapa del desarrollo del transexualismo.

Incluye: fetichismo transvestista

F65.2 Exhibicionismo

Consiste en una tendencia persistente o recurrente a exponer los órganos genitales a extraños (normalmente del sexo opuesto) o a gente en lugares públicos, sin incitarlos o intentar un contacto más íntimo. Normalmente, aunque no siempre, suele haber una excitación sexual durante el período de la exposición y el acto suele terminar en una masturbación. Esta tendencia puede dar lugar a un comportamiento que se manifiesta sólo en períodos de crisis o de tensiones emocionales, separados por otros períodos en los cuales está ausente el comportamiento exhibicionista.

Pautas para el diagnóstico

El exhibicionismo se limita prácticamente a varones heterosexuales, que se exhiben a mujeres adultas o adolescentes, normalmente confrontándolas, desde una distancia de seguridad, en lugares públicos. Para algunos el exhibicionismo es su única descarga sexual, pero otros simultanean este comportamiento con una vida sexual activa, con relaciones de larga duración, a pesar de que sus impulsos exhibicionistas pueden ejercer una mayor presión en momentos de conflicto en sus relaciones. La mayoría de los exhibicionistas encuentran que sus impulsos son difíciles de controlar y son vivenciados como propios. Si el testigo se sorprende, asusta o impresiona, suele aumentar la excitación del exhibicionista.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo)

Se trata de una tendencia persistente o recurrente a mirar a personas comprometidas en una actividad sexual o íntima, como desnudarse, lo que lleva normalmente a una excitación sexual y a una masturbación, que se realiza sin que se sea observado por las otras personas.

F65.4 Paidofilia

Se trata de una preferencia sexual por los niños, normalmente de edad prepuberal o de la pubertad temprana. Algunos de los afectados sienten atracción únicamente por la chicas, otros únicamente por los chicos y otros están interesados por ambos sexos.

La paidofilia se presenta raramente en mujeres. Los contactos entre adultos y adolescentes sexualmente maduros es algo socialmente reprobado, en especial si los que intervienen son del mismo sexo, pero esto no se acompaña necesariamente de una paidofilia. Un incidente aislado, en especial si el que lo lleva a cabo es un adolescente, no es signo de la presencia de la tendencia persistente o predominante que se requiere para el diagnóstico. No obstante, entre los afectados de paidofilia, hay varones que manifiestan una preferencia por una relación de pareja sexual adulta, pero que debido a que hay reiteradas frustraciones en sus intentos de contactos adecuados, los han sustituido una manera habitual por niños. Los varones que abusan sexualmente de sus propios hijos prepuberales suelen abordar en ocasiones también a otros niños, pero en ninguno de estos casos hay nada más en su comportamiento que sugiera una paidofilia.

F65.5 Sadomasoquismo

Consiste en una preferencia por actividades sexuales que implican el infringir dolor, humillación o esclavitud. Si el enfermo prefiere ser el receptor de tales estimulaciones entonces se denomina masoquismo, si es el que lo ocasiona se trata entonces de sadismo. A menudo un individuo obtiene excitación sexual tanto de actividades sádicas como de masoquistas.

Es frecuente que se utilicen en grados leves de estimulación sadomasoquista para potenciar una actividad sexual que por lo demás sería normal. Esta categoría debe ser únicamente utilizada si la actividad sadomasoquista es la fuente más importante para la estimulación o si es necesaria para la gratificación sexual.

El sadismo sexual es difícil de distinguir de la crueldad en situaciones sexuales o de la cólera no relacionada con el erotismo. El diagnóstico puede hacerse con claridad cuando la violencia es necesaria para la excitación sexual.

Incluye: masoquismo sadismo

F65.6 Trastornos múltiples de la inclinaciones sexual

Se incluyen aquí los casos de personas con más de un trastorno de la inclinación sexual pero ninguno de ellos predomina. La combinación más frecuente es la de fetichismo, transvestismo y sadomasoquismo.

F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual

Se incluyen aquí diferentes formas de inclinaciones sexuales y actividades consiguientes que son todos ellos relativamente poco frecuentes. Entre ésta están el hacer llamadas telefónicas obscenas, el frotarse contra otras personas para conseguir una estimulación sexual (“froteurismo”), el intentarlo con animales (“bestialismo”), el emplear la estrangulación o anoxia para intensificar la excitación sexual y una preferencia por parejas con alguna anomalía anatómica especial, como un miembro amputado.

Las prácticas eróticas son tan diversas y muchas de ellas son tan excepcionales o particulares que no se justifica un epígrafe propio para cada una de ellas. La ingestión de la orina, el untarse excrementos o perforarse el prepucio o los pezones, pueden formar parte del repertorio sadomasoquista. Son frecuentes los rituales de masturbación de varios tipos, pero las prácticas más extremas, tales como la inserción de objetos en el recto o en la uretra peneana, o la auto-estrangulación parcial, cuando sustituyen otros tipos de contactos sexuales ordinarios, alcanzan el grado de lo anormal. La necrofilia debe también ser codificada en este apartado.

Anexo N°4

modelo transteórico del cambio de las conductas adictivas

Introducción

Los primeros modelos y la nueva concepción del cambio

Los modelos del cambio de las conductas adictivas son formulaciones teóricas que pretenden explicar el modo cómo las personas modifican estas conductas. Su principal aporte es la superación y reemplazo de la visión tradicional de carácter dicotómico, que suponía que el cambio se daba en un solo paso que iba del consumo adictivo a la abstinencia, por una concepción de tipo procesual, que considera la modificación paulatina de la conducta a través de etapas, con avances y retrocesos.

El primer modelo de este tipo fue formulado en 1976, por Daniel Horn en relación con el consumo de nicotina. A partir de esa fecha se desarrollaron modelos similares en relación con otras conductas adictivas que tenían como característica común la identificación de un número variable de etapas que daban cuenta del proceso seguido por las personas, desde la situación en que el consumo no se percibía como un problema hasta el momento en que se había abandonado y persistido en la abstinencia por más de 5 años.

Hacia un modelo global

Sobre la base de estos modelos referidos a adicciones específicas, y de otras investigaciones en el campo de las adicciones, los psicólogos e investigadores norteamericanos James Prochaska y Carlo Di Clemente, formularon en 1984, el primer modelo global del cambio de las conductas adictivas. Durante los años siguientes, se sumaron nuevos esfuerzos en esta línea originados en encuentros de especialistas en

foros y congresos internacionales. Sin embargo, el modelo de Prochaska y Di Clemente continúa siendo el más reconocido debido a sus valiosos aportes a la comprensión de la complejidad del fenómeno y al mayor soporte empírico en que se basa la descripción, explicación y predicción de la modificación de conductas adictivas.

El carácter global del modelo radica en su pretensión de ser aplicable a las diversas conductas adictivas y de dar cuenta de los procesos de cambio que siguen tanto las personas con ayuda de un programa formal de tratamiento como las que lo hacen sin él. La denominación de transteórico alude al hecho de que recoge e integra una gran variedad de principios teóricos provenientes de distintos enfoques y disciplinas. Por lo mismo se trata de un modelo muy dinámico y en constante revisión.

La aplicación de este modelo en Chile es relativamente reciente y parcial, pues se han difundido solo algunos de sus aspectos más esenciales. A continuación se presenta una síntesis global de su versión más reciente.

Características generales del modelo

Un modelo tridimensional

El modelo transteórico tiene un carácter tridimensional pues identifica tres aspectos del cambio de las conductas adictivas: los estadios del cambio, correspondientes a una división temporal del proceso en etapas, de acuerdo a un criterio basado en la motivación o disposición del sujeto a modificar su conducta, que comprende el período que va desde el momento en que la persona tiene una leve percepción del problema hasta el momento en que éste ya no existe; los procesos del cambio, referidos a las actividades iniciadas o experimentadas por la persona en proceso de cambio, que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales, y los niveles del cambio, que consisten en los problemas psicológicos de la persona susceptibles de ser tratados, organizados jerárquicamente en cinco niveles interrelacionados, basados en los principales focos de intervención de las distintas corrientes psicoterapéuticas.

El modelo transteórico, además de identificar las dimensiones en que se produce el cambio de las conductas adictivas, da cuenta de sus interrelaciones. En este sentido, nos entrega una visión de la complejidad de este proceso.

A continuación se presenta una síntesis de los principales aspectos de las dimensiones y de las interrelaciones que abarca el modelo.

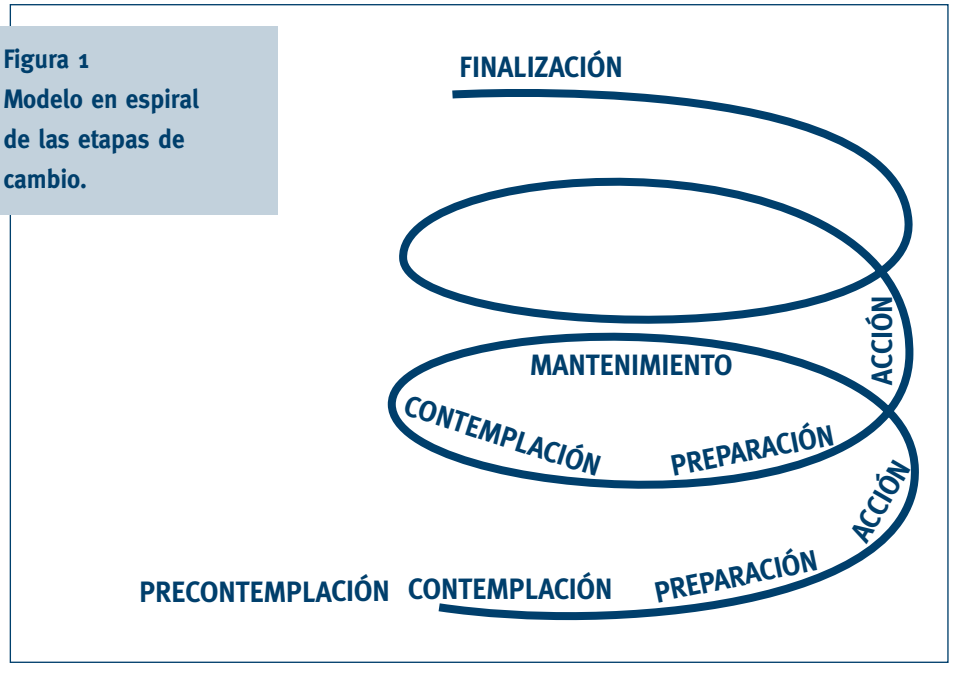
Estructura del modelo

El modelo de Prochaska y Di Clemente distingue 5 estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Como hemos señalado, estos estadios se refieren a una dimensión temporal del proceso de modificación de la conducta adictiva y responden principalmente a la pregunta relativa a ¿cuándo se producen los cambios?

A pesar de que la distinción de los estadios se relaciona con la evolución temporal de los cambios de acuerdo a un determinado orden, su estructura no es lineal sino espiral, es decir la mayoría de las personas no siguen un proceso unidireccional de avance, pasando de una etapa a otra hasta concluir el cambio deseado, si no que avanza algunos estadios, recae y retrocede a estadios anteriores para luego avanzar a un estadio superior al logrado en el primer avance y de ahí continuar su proceso (Figura1).

Por lo mismo, la duración de este proceso varía según cada persona y según la complejidad del problema de consumo, sin embargo la mayoría demora entre dos y tres años en completar el recorrido desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento.

Figura 1
Modelo en espiral de las etapas de cambio.



La trayectoria en forma de espiral representa mejor el proceso que sigue la mayoría de las personas que desean modificar una conducta adictiva. Su descripción se basa en la observación y registro del proceso seguido por personas con y sin ayuda terapéutica, con diversos problemas de consumo. Un estudio de los mismos autores (Prochaska, Di Clemente, Velicer, Rossi y Guadagnali, 1991) que hizo el seguimiento durante dos años del proceso de avance de un grupo de 180 personas adictas a la nicotina, desde el estadio de precontemplación hasta el estadio de acción, registró que solo el 5% avanzó en forma lineal sin recaer, mientras que el resto presentó un promedio entre tres y cuatro recaídas. Estos resultados son similares a los de estudios semejantes en relación con otras adicciones.

En este sentido, y como se observa en la figura 1 que representa la estructura del modelo, la recaída forma parte del proceso de avance de un estadio a otro, a diferencia del modelo dicotómico tradicional en que la recaída es considerada un fracaso, un derrumbe total. Este es un elemento importante que debe considerar el terapeuta, pues su intervención juega un papel clave en la elaboración de la misma junto al paciente, para la continuidad del proceso. Al respecto los autores del modelo afirman que:

La mayoría, recae alguna vez en algún momento del ciclo. Afortunadamente, una gran parte de los pacientes que recaen no abandonan su intento, sino que reciclan a partir del estadio de contemplación y se preparan para la actuación posterior. El patrón en espiral indica que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída.(*)

También es importante considerar que no todas las personas que contemplan la posibilidad de modificar su conducta adictiva, logran hacerlo. Según estudios de 1983 (Prochaska y Di Clemente) alrededor de un tercio, se estancan en algún estadio y no logran completar el proceso.

(*)Prochaska y Prochaska. Cap. 3 Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. Recaída y prevención de recaídas, Monografías de toxicomanías. Casas, M y Gossop, M Ediciones en Neurociencia, CITRAN, FISP. Barcelona, 1993.

2. Los estadios del cambio

A continuación se presenta una síntesis de los estadios del cambio a través de un cuadro analítico elaborado a partir de los principales criterios descriptivos de cada una de las etapas.

Criterios descriptivos de los estadios

La disposición al cambio, que se presenta en la primera columna, se refiere a la disposición de la persona a modificar su conducta y constituye el principal criterio de distinción entre un estadio y otro.

El grado de conciencia del problema, que se aborda en la segunda columna, expresa la percepción que tiene la persona respecto de su conducta. A medida que se avanza en los estadios, la percepción de problema se hace más compleja abarcando los variados ámbitos de la conducta (personal, familiar, laboral y social).

El balance decisional, que se aborda en la tercera columna, corresponde a la evaluación de los pro y los contra de abandonar la conducta. Este aspecto es relevante en los tres primeros estadios y es menos importante en los siguientes, al lograrse un cambio en la conducta adictiva.

En la columna siguiente, se incluye el criterio motivación al tratamiento, referido a la disposición de la persona a recibir o solicitar ayuda. Este criterio es el menos especificado, debido a que el modelo considera el proceso que hacen las personas con ayuda de un tratamiento como las que lo hacen sin él. A pesar de ello, lo hemos considerado porque este material está dirigido a terapeutas y equipos tratantes. La descripción que se hace de la motivación a tratamiento en los estadios de precontemplación y contemplación reproduce los planteamientos de los autores del modelo, en cambio las descripciones correspondientes a los estadios siguientes son de responsabilidad de la autora de texto.

Finalmente, el criterio referido a la autoevaluación de la eficacia V/S el deseo intenso de consumir (craving) combina dos aspectos: por una parte la autoeficacia, es decir la percepción de la propia persona respecto de su capacidad para modificar su conducta y por otra, el “craving”, esto es la persistencia del deseo unida a la incapacidad de controlarlo. Estas variables evolucionan en forma inversamente proporcional a través de los estadios pues a medida que aumenta la percepción de autoeficacia disminuye el “craving”. Cabe señalar, que la disminución total del deseo intenso de consumir, que plantea el modelo en el último estadio (mantenimiento) puede entenderse más como el control del deseo que como su extinción total.

Cuadro Analítico de los Estadios del Cambio de las Conductas Adictivas

Estadio	Disposición hacia el cambio	Consciencia de problema	Balance decisional	Motivación a tratamiento	Autoevaluación eficacia v/s deseo intenso de consumir (craving)
Pre-Contemplación	No considera necesario cambiar su conducta ya que no la percibe como un problema.	No existe consciencia de problema o la consciencia es mínima y observa con extrañeza que otras personas así lo consideren, incluso lo niega.	Los aspectos gratificantes que obtiene del consumo (ganancias) son superiores a los aversivos (pérdidas).	Acude a tratamiento presionado por los demás (familia, conflictos con la justicia, problemas laborales, etc.) con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca.	Gran desnivel, entre la baja autoeficacia y la magnitud del deseo de consumir (percepción de incapacidad y falta de voluntad), pero hay que tener en cuenta que no se ha modificado la conducta adictiva y por lo que es difícil que la persona autoevalúe su eficacia.
Contemplación	Empieza a plantearse la posibilidad de abandonar la conducta adictiva No ha desarrollado un compromiso firme de cambio, se siente ambivalente respecto a la necesidad de cambiar y a los supuestos beneficios del cambio.	Toma de conciencia progresiva de la existencia de toda una problemática engendrada por la conducta adictiva	Los aspectos gratificantes que obtiene del consumo empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, reconociéndose y en aumento.	Inicia un proceso interno de motivación de acuerdo a la creciente toma de consciencia de problema. Se esfuerza en comprender su problema de consumo, sus causas, sus consecuencias y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.	Disminuye el desnivel entre baja autoeficacia y la magnitud del deseo de consumir.
Preparación	Se compromete a abandonar su conducta adictiva. Realiza algunos pequeños cambios conductuales, por ejemplo, disminuye la dosis de droga que consume logrando abstenerse por períodos cada vez más largos.	Hay consciencia de problema y decisión para modificar su conducta.	Los aspectos aversivos se reconocen y comienzan a ser percibidos como superiores que los gratificantes	Desea cambiar su conducta problemática y, en consecuencia, puede solicitar activamente apoyo terapéutico.	Continúa disminuyendo el desnivel entre baja autoeficacia y la magnitud del deseo de consumir.
Acción	Los aspectos aversivos son claramente percibidos como superiores a los gratificantes.	Hay consciencia de problema y se implementa la acción para abandonar la conducta adictiva.	La autoeficacia aumenta drásticamente y la tentación de consumir disminuye en forma gradual. En este estadio surge el riesgo de recaída relacionado, principalmente, con el intenso síndrome de abstinencia.	Puede solicitar apoyo para enfrentar período de desintoxicación ya que reconoce fracaso en intentos anteriores. Muestra mayor compromiso con su proceso terapéutico.	Cambia su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que la afectan, con el objetivo de superar su problema de consumo. Cambios visibles para las personas cercanas, conllevan mayor reconocimiento externo y refuerzo social.
Mantenimiento	No sólo son percibidos los aspectos aversivos de la conducta adictiva como superiores a los gratificantes sino que los aspectos gratificantes del cambio comienzan a ser valorados en el balance decisional.	Se mantiene la consciencia de problema.	El deseo intenso de consumir disminuye totalmente mientras que la percepción de autoeficacia alcanza su punto máximo.	Se centra en aquellos aspectos del tratamiento que promuevan la prevención de la recaída.	Compromiso con el cambio para conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. El cambio puede ser percibido como amenaza debido al miedo a recaer como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída. Esto puede generar un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado.

La recaída

En la evolución temporal que representa el avance a través de los estadios, la recaída constituye la interrupción del desarrollo lineal del proceso y una vuelta a etapas anteriores. Considerando que una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento del cambio de la conducta adictiva (abstinencia, estilos de vida) fallan, ésta solo puede producirse en el estadio de acción o en el de mantenimiento, ya que en los estadios anteriores no se ha abandonado el consumo.

La persona que recae, en general, enfrenta sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, de manera que su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado. Por esta razón, es necesario reevaluar todos los criterios para determinar el estadio al que ha retrocedido.

De acuerdo a los estudios referidos por los autores (Prochaska y Prochaska, 1993) sobre el comportamiento seguido por personas participantes de un amplio espectro de terapias, la mayoría recae durante el primer año (entre el 70 y el 80%). Sin embargo la mayoría de los que recayeron, el 84%, no abandonó el tratamiento y volvió a reiniciar el proceso, en su mayoría, desde el estadio de contemplación.

La finalización, un estadio en discusión

Sobre la base de estudios específicos, relativos al consumo de nicotina, los autores del modelo han planteado la existencia de un sexto estadio que pondría fin al proceso de cambio de la conducta adictiva y que estaría determinado por la ausencia total del deseo de consumir y por la seguridad o confianza en un 100% de no consumir, en cualquier situación. En el caso del tabaquismo este estadio se conseguiría tras 5 años de abstinencia mantenida.

Dado que no existen estudios similares en relación con otras conductas adictivas y que aún dentro de los casos analizados de dependencia de la nicotina hay personas que nunca logran cumplir con los criterios establecidos, no es posible, por el momento, integrar la propuesta de este estadio al modelo global.

3.- Los procesos del cambio

En términos generales, un proceso de cambio es lo que hacen las personas para avanzar con éxito de un estadio del cambio a otro, es decir, las actividades iniciadas o experimentadas por una persona, que modifican sus sentimientos, conocimientos o sus relaciones interpersonales. Sin embargo, como la variedad de acciones que emprenden las personas para modificar su conducta es muy amplia, los procesos no se refieren a todas ellas, sino a un limitado número de principios que se encuentran en la base de esas múltiples acciones.

Como el cambio es un tema fundamental de la psicología, todas las escuelas psicoterapéuticas han identificado y descrito los principales procesos de cambio. Basándose en estos estudios y a través de un análisis comparativo que comprendió 29 sistemas terapéuticos, los autores del modelo identificaron 10 procesos básicos del cambio de las conductas adictivas. A su vez, como se muestra en el cuadro, estos procesos pueden clasificarse en dos grandes grupos de acuerdo al tipo de cambio que implican: cognitivos o experienciales y conductuales.

Procesos del cambio

Clasificación según tipo de cambio	Procesos del cambio
Cognitivos o experienciales	Aumento de la concienciación
	Autoreevaluación
	Reevaluación ambiental
	Relieve dramático
	Liberación social
Conductuales	Autoliberación
	Manejo de contingencias
	Relaciones de ayuda
	Contracondicionamiento
	Control de estímulos

Integración de los procesos y los estadios del cambio

Según la opinión de los propios autores, la mayor utilidad de esta investigación para el trabajo terapéutico, fue el hallazgo de una relación directa entre los procesos del cambio y los estadios del cambio. A partir de una investigación específica se llegó a determinar que en cada estadio las personas utilizan determinados procesos para avanzar al estadio siguiente. Esto significa que una vez que el terapeuta conozca en qué estadio de cambio se encuentra la persona en tratamiento, sabrá cuáles son los procesos que debe orientar para ayudarlo a avanzar al nuevo estadio. Esto es muy importante, pues la inadecuada selección de los procesos, no sólo no facilita el avance de la persona, sino que lo obstaculiza. Un gran número de personas se estanca en su proceso de cambio, en un determinado estadio, normalmente el de contemplación, debido a que el terapeuta ha intencionado procesos que no corresponden al estadio de cambio en que se encuentra la persona, generando sentimientos de frustración y de baja autoeficacia.

El diagrama que se presenta en la figura 2 representa la integración de los estadios y los procesos de cambio. Si se observa con atención, se puede apreciar que el inicio de los procesos no coincide con el de los estadios, sino que se ubica al medio de estos y se prolongan hasta el estadio siguiente, constituyéndose en una especie de puentes entre los estadios. Esto es así, porque una vez que la persona alcanza un determinado estadio, mientras termina de afianzar los procesos logrados en la etapa anterior, debe iniciar los nuevos procesos que le permitirán seguir avanzando.

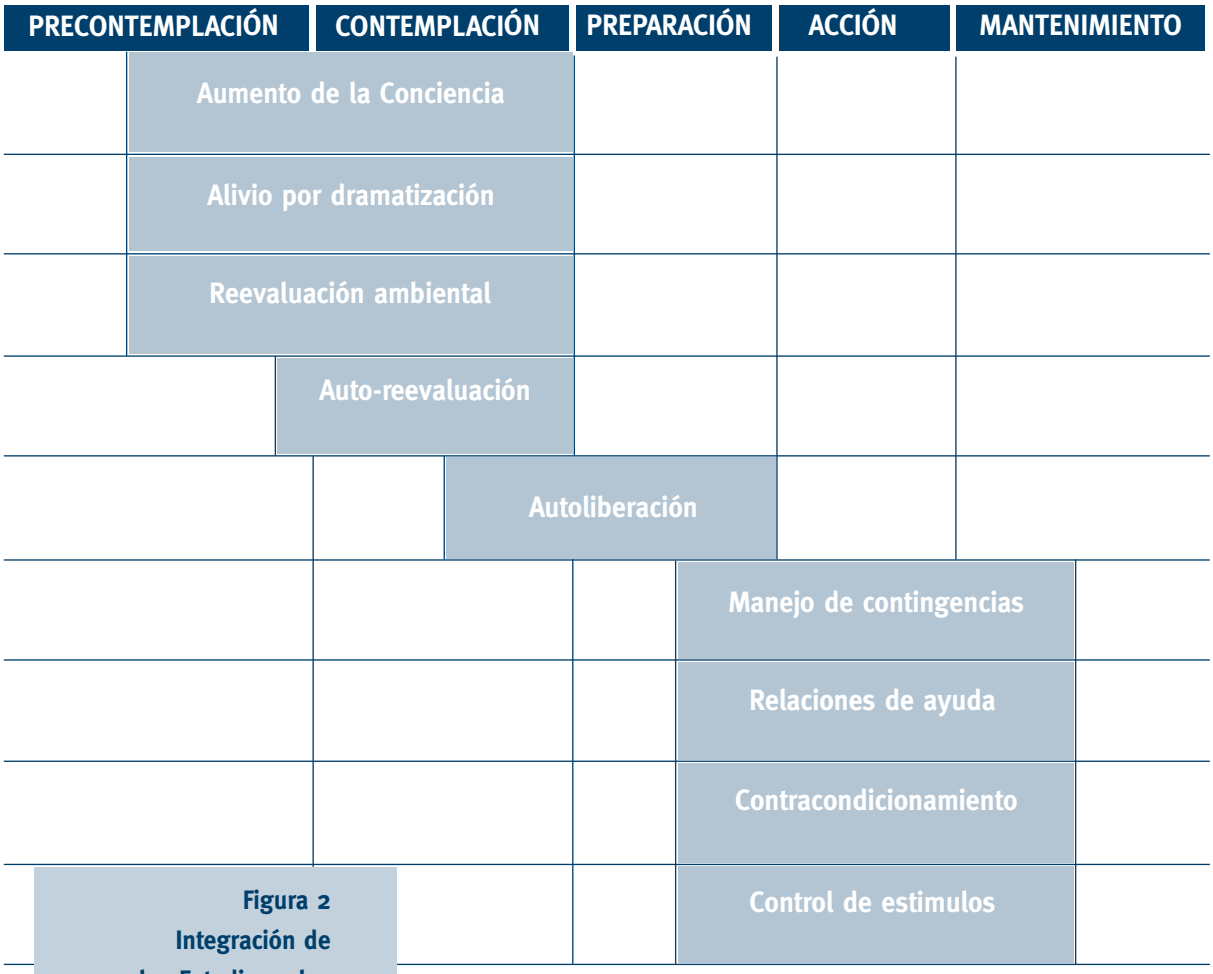


Figura 2
Integración de los Estadios y los procesos de cambio

La función que cumple cada proceso en el cambio de la conducta adictiva y en el avance a través de los estadios se especifica en los siguientes cuadros.

Precontemplación

Procesos asociados	Breve descripción de los procesos
Durante el estadio de precontemplación la utilización de los procesos de cambio es menor que en los otros estadios, pues los precontempladores no ven la necesidad de cambiar y no destinan ningún esfuerzo, o muy poco, al análisis o superación de sus problemas. En el contexto terapéutico, al que llegan por presión externa, presentan resistencia a los esfuerzos del terapeuta por ayudarles a cambiar. Para ayudar a estas personas a avanzar al siguiente estadio, se sugiere intencionar los siguientes procesos.	**Aumento de la concienciación** Consiste en que la persona intensifica el procesamiento de información sobre los problemas asociados a su conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. **Relieve dramático** La persona experimenta y expresa reacciones emocionales elicitadas (provocadas, inducidas) por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos, particularmente sobre la salud, asociados a la conducta adictiva. **Reevaluación ambiental** La persona valora el estado actual de sus relaciones interpersonales, en relación con el impacto tanto de su conducta adictiva, como de los beneficios del abandono de esta, sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas cercanas.

Contemplación

Procesos asociados	Breve descripción de los procesos
Contemplación El paso de la precontemplación a la contemplación y el progreso dentro del estadio de contemplación conlleva un mayor uso de los procesos de cambio cognitivos, afectivos y de evaluación, iniciados en el estadio anterior: aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental. A medida que los pacientes se vuelven más conscientes de sí mismos y de la naturaleza de sus problemas, adquieren mayor libertad para auto-reevaluarse afectiva y cognitivamente. Así, durante este estadio se da inicio al proceso de la autoreevaluación que cumplirá la función de puente hacia el estadio de preparación.	**Autoreevaluación** La persona valora afectiva y cognitivamente el impacto de su conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser y reconoce afectiva y cognitivamente la mejoría significativa que representaría para su vida abandonar el consumo. El análisis de los valores significa distinguir los valores que se intentarán hacer realidad, los que se pondrán en acción y los que se desea modificar.

Preparación

Procesos asociados	Breve descripción de los procesos
Durante el estadio de preparación se mantienen algunos de los procesos iniciados en los estadios anteriores y simultáneamente surgen otros que constituyen los primeros pasos hacia la actuación. Es posible que se utilicen procesos de contracondicionamiento y de control de estímulos para empezar a reducir el consumo. Sin embargo el punto más importante es que el uso de la sustancia adictiva se vaya considerando en mayor medida bajo control propio que bajo control biológico. La preparación de las personas para la actuación requiere cambios en la forma de pensar y de sentir en relación con su conducta adictiva y con la valoración de su estilo de vida. Todos estos cambios, constituyen el inicio del proceso de autoliberación que se desarrollará más plenamente durante el siguiente estadio.	**Autoliberación** La persona aumenta su capacidad para decidir y elegir, unida a la creencia de que ella misma puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que posee o puede desarrollar las habilidades necesarias para hacerlo.

Actuación

Procesos asociados	Breve descripción de los procesos
Durante el estadio de actuación es importante que los individuos actúen para autoliberarse. Es decir, que la modificación de la conducta en este estadio se fundamenta por una parte en una creciente percepción de autoeficacia unida a la creencia de que los propios esfuerzos representan un papel clave en la superación del problema (cambios cognitivos y afectivos) y por otra, en la utilización de procesos conductuales tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos. La actuación es un estadio de cambio especialmente estresante pues por un lado la persona necesita creer que posee la autonomía necesaria para cambiar su vida, y por otro debe aceptar que la coacción forma parte de su vida tanto como la autonomía. Además el riesgo de recaída que surge asociado a la disminución o abstinencia del consumo también trae asociado el riesgo del fracaso y con ello la culpa y una serie de sentimientos y autopercepciones negativas que pueden lesionar los logros conseguidos.	**Liberación social** La persona aumenta su capacidad para decidir y escoger, propiciado en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas disponibles. (*) **Manejo de contingencias** La persona logra aplicar técnicas de control de contingencias y/o responde positivamente a su aplicación por parte del terapeuta. El manejo de contingencias es cualquier técnica de condicionamiento operante que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias. Consiste en la presentación contingente, o retiro, de los reforzadores y estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas.

Por estas razones, las personas que se encuentran en este estadio tienen una especial necesidad de apoyo y de comprensión por parte de los que conforman su entorno cercano.

*(Los autores del modelo no consignan este proceso en el diagrama de integración de los estadios y procesos de cambio, ni se refieren a él en los comentarios relativos a los procesos de integración, a pesar de que es señalado como parte del conjunto. Nosotros lo hemos incluido aquí por considerarlo pertinente)

Relaciones de ayuda

La persona identifica y utiliza redes de apoyo social (familiares y amigos) que puedan facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva. Por ejemplo abrirse y confiar en alguna persona cercana.

Contracondicionamiento

La persona, logra modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.

Control de estímulo

La persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva se reduzca significativamente.

Mantenimiento

Procesos asociados	Enumeración de los procesos
Los procesos asociados al estadio de mantenimiento son todos los desarrollados en el estadio anterior, sin embargo la preparación específica para este estadio implica la prevención de recaída. Las personas necesitan valorar las alternativas de que disponen para afrontar las condiciones de mayor riesgo sin que resurjan las defensas autodestructivas y los patrones patológicos de respuesta. Los autores señalan que probablemente lo más importante para la persona sea que se está convirtiendo progresivamente en quién desea ser. La eficaz y continua aplicación de las técnicas de contracondicionamiento y de control de estímulos depende de la convicción de que el cambio producido genera una mayor valoración de si mismo y por parte de los demás.	Liberación social Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos

4. Los niveles del cambio

Los niveles del cambio representan la tercera dimensión comprendida en el modelo y dan cuenta de la complejidad que plantea la modificación de las conductas adictivas. Como se trata de un modelo global, esta dimensión constituye un aspecto esencial que no puede obviarse. Esto es importante pues podría existir la tentación de tomar los aspectos más lineales correspondientes a las dimensiones que representan los estadios y los procesos, para aplicar mecánicamente el modelo. Sin embargo ello significa una simplificación extrema que podría conducir a una inadecuada y probablemente ineficiente aplicación.

En términos generales, los niveles consisten en un modo de ordenar los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados, de acuerdo al grado de contemporaneidad con el problema actual de la persona, en este caso la conducta adictiva, y el grado de conciencia que de él tiene el sujeto. Así, como se muestra en el cuadro, en un primer nivel se ubican los problemas psicológicos más cercanos temporalmente a la conducta adictiva y que son más conscientes para la persona, y en el nivel inferior los más remotos o alejados en el tiempo que se encuentran a un nivel inconsciente.

Criterio de clasificación	Niveles del cambio
Más consciente y contemporáneo	Síntoma /situación
	Cogniciones desadaptativas
	Conflictos actuales personales
	Conflictos de familia / sistemas
Menos consciente y contemporáneo	Conflictos intrapersonales

Cada enfoque o sistema terapéutico ha situado el origen de los problemas psicológicos en uno o dos de estos niveles y ha centrado su atención en los mismos en la búsqueda de su solución. En el modelo Transteórico se privilegia intervenir en el nivel síntoma / situacional porque el cambio suele ser más rápido, más consciente y más contemporáneo. Además porque en este nivel se ubican los problemas que constituyen el motivo o razón principal por la que las personas acuden en busca de tratamiento y porque las personas que inician el proceso sin ayuda profesional lo hacen en este nivel. Otras razones que dan los autores para justificar esta elección son la complejidad y la extensión temporal de las intervenciones terapéuticas que se sitúan en los niveles inferiores.

Sin embargo, el enfoque Transteórico no desecha la intervención en los otros niveles y plantea tres estrategias posibles: cambio de niveles, que consiste en ir avanzando de nivel en nivel, desde el primero, hasta localizar el que resulte eficaz para provocar el cambio deseado; nivel clave que consiste en trabajar un nivel determinado al que apunte la evidencia disponible, previo acuerdo y compromiso del paciente, e impacto máximo que considera el trabajo simultáneo en varios niveles.

5. Orientaciones generales para la aplicación del modelo

Los estadios del cambio

Un aspecto fundamental en la aplicación del Modelo Transteórico del Cambio para ayudar a una persona en la modificación de una conducta adictiva es reconocer el estadio, dentro del ciclo de cambio, en el que ésta se encuentra y comprender que es posible intervenir cualquiera sea dicho estadio. Para determinar el estadio del cambio es imprescindible atender a los criterios anteriormente descritos, pero resulta práctico, además, considerar algunos criterios temporales:

La precontemplación es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.

La contemplación es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.

La preparación es el estadio en que las personas se encuentran preparados para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes.

La actuación es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses.

El mantenimiento, empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente.

De acuerdo a las investigaciones, se estima que del conjunto de personas que presentan conductas adictivas, entre un 7% y un 10% se encuentra en el estadio de preparación, entre un 25% y un 35% en el estadio de contemplación y entre un 60% y un 65% en el estadio de precontemplación, de modo que resulta completamente inadecuado suponer que todas las personas que por una u otra razón, ingresan a un programa para

modificar su conducta adictiva, están preparadas para abandonar inmediatamente el consumo sin haber transitado previamente por los estadios iniciales. En opinión de los autores del modelo, el tratamiento de las conductas adictivas avanza si el terapeuta y el paciente se centran en el mismo estadio y, surgen focos de resistencia y se estanca si el terapeuta se centra en un estadio que no corresponde al proceso del paciente.

Con el fin de facilitar la identificación del estadio del cambio de la conducta adictiva en que se encuentra una persona se presenta la escala de evaluación del cambio (URICA) desarrollada en la universidad de Rhode Island EEUU, que consiste en un autoinforme que permite evaluar el estadio de cambio respecto a la modificación de cualquier conducta problema. (Ver Anexo 1) Esta escala evalúa cuatro de los cinco estadios propuestos por el Modelo Transteórico del cambio: precontemplación, contemplación, actuación (acción) y mantenimiento.

Los procesos del cambio

En relación con los procesos, el punto más importante es que cada uno de ellos corresponde a un estadio determinado y cumple una función de puente que facilita el paso al siguiente estadio. Otro aspecto importante es que la mayoría de las personas en proceso de abandono del consumo utilizan de 8 a 10 de estos procesos de cambio para modificar su conducta, de manera que es posible que una persona no utilice algunos de los procesos para avanzar de un estadio a otro. Lo importante es que desarrolle aquellos que son fundamentales en cada estadio a fin de cimentar los cambios alcanzados.

Así, en el paso de la precontemplación a la contemplación, el aumento de la concienciación juega un papel clave; en el de la contemplación a la preparación, la autoreevaluación; en el de la preparación a la acción, la autoliberación, y en el de la acción al mantenimiento, la eficaz utilización de los procesos previos en la prevención de recaídas.

Una de las dificultades más frecuentes con las que se puede encontrar el terapeuta se refiere a identificar el rol que le corresponde desempeñar en cada momento del proceso.

Tener en cuenta algunas de estas dificultades puede facilitar esta tarea:

Durante el estadio de precontemplación la tendencia de las personas es a la defensa y a la resistencia. Los autores sugieren poner en evidencia estas defensas antes que demostrarles los motivos de ésta, y buscar otros modos de llegar al paciente a través de experiencias de tipo afectivo. Las interpretaciones, las observaciones, y las confrontaciones pueden despertar la conciencia de los pacientes ante su conducta adictiva, pero también pueden generar mayores resistencias.

Durante el estadio de contemplación la característica es la ambivalencia frente al cambio y la tendencia es a permanecer en ella. De acuerdo a los autores, mientras más significativos sean los problemas que reevalúen las personas en tratamiento mayores son las probabilidades de que estas reevaluaciones provoquen cambios en su propia percepción.

El estadio de preparación las personas ensayan sus primeras acciones concretas de modificación de la conducta. Aquí la idea es reforzar que el uso de la sustancia se vaya considerando cada vez más bajo control propio que bajo control biológico.

El estadio de actuación es el que presenta mayores desafíos para la persona en tratamiento y por ende para el terapeuta. Aquí el aspecto que más interesa cuidar es un adecuado equilibrio entre los crecientes grados de autonomía que requiere el paciente en su proceso de autoliberación y la aceptación de la coacción. Si la persona atribuye sus logros en el cambio de su conducta exclusivamente a sí mismo, tenderá a ver sus recaídas como falta de voluntad y sentirá culpa y vergüenza, dificultando su reinicio del proceso desde el estadio de actuación, por lo que tendrá que volver a un estadio anterior. Si por el contrario atribuye sus logros exclusivamente al terapeuta y a las redes de apoyo, tenderá a generar relaciones de dependencia que dificultarán su evolución posterior.

Por otra parte el inicio de la actuación significa enfrentar el riesgo del rechazo por parte de los amigos o parientes con los que compartía el consumo, de modo que es importante reforzar las redes de apoyo.

Determinar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado paciente, facilita a terapeuta la definición de las intervenciones más adecuadas para apoyar los procesos de cambio que le permitan progresar hacia un próximo estadio. Con este fin se presenta el Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína(Ver Anexo 2), autoinforme desarrollado por Martín, Rossi, Rothfleisch y otros autores a partir de las directrices teóricas del Modelo Transteórico del Cambio.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO, UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND

Nombre:

Edad:

Fecha:

Instrucciones:

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento y aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con las drogas.

	Totalmente en Desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.					
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.					
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.					
4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.					
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa la posibilidad que dé un paso atrás con un problema que he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.					

	Totalmente en Desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mi mismo.					
9. He trabajado con éxito mi problema, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.					
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.					
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mi mismo.					
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.					
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.					
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.					
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.					

	Totalmente en Desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.					
18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aun me encuentro luchando con él.					
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.					
21. Quizá en este lugar me puedan ayudar.					
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.					
24. Espero que aquí alguien me pueda ayudar con un buen consejo.					
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.					

	Totalmente en Desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
26. Toda esta charla psicológica es aburrida, ¿por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.					
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona, ¿por qué perder el tiempo pensando en ellas?					
30. Estoy trabajando activamente con mi problema.					
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.					
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					

Precontemplación:
1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31

Contemplación:
2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24

Acción:
3, 7, 10, 17, 20, 25, 30

Mantenimiento:
6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

CUESTIONARIO DE PROCESOS DE CAMBIOS EN ADICCIONES
(ADAPTACION)

Nombre:

Edad:

Fecha:

Le solicitamos que. responda a las siguiente afirmaciones, marcando con una “X” la categoría de respuesta con la cual usted se sienta más identificado.

		Nunca	Muy pocas veces	De vez en cuando	Bastantes veces	Muchas veces
1	Me siento enojado cuando pienso en mi consumo de droga.					
2	Me detengo a pensar cómo mi consumo de drogas ha perjudicado a las personas que me rodean.					
3	Encuentro que. mantenerse ocupado disminuye mis ganas de consumir droga.					
4	Evito a la gente con la cual he consumido drogas.					
5	Cuando me siento tentado a consumir droga, intento distraerme haciendo otra cosa.					
6	Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con la droga.					
7	Me gusta ver anuncios o noticias en la televisión acerca de cómo la sociedad está intentando ayudar a la gente a no tomar drogas.					
8	Me gusta estar con personas que me felicitan o recompensan por no tomar drogas.					
9	Estoy avergonzado por algunos de mis comportamientos durante mi consumo de drogas.					
10	Algunas personas me hacen sentir bien cuando no tomo drogas.					
11	Estoy plenamente consciente del daño que mi consumo de drogas ha ocasionado sobre las personas que me importan.					

	Nunca	Muy pocas veces	De vez en cuando	Bastantes veces	Muchas veces
12 Miro los letreros en sitios públicos que motivan a las personas a no consumir drogas.					
13 He escuchado que las drogas pueden provocar graves cambios en el estado de ánimo y ocasionar depresión.					
14 Me detengo a pensar que mi consumo de drogas a ocasionado problemas a otras personas.					
15 Me siento avergonzado o decepcionado conmigo mismo cuando me doy cuenta que dependo de las drogas.					
16 Me atemorizan algunas de las situaciones en las que me he encontrado como resultado de mi consumo de drogas.					
17 Encuentro útil hacer alguna actividad física para aguantar las ganas de consumir drogas.					
18 Evito los lugares donde las personas consumen drogas.					
19 Tengo a alguien que intenta compartir conmigo sus experiencias personales con el consumo de drogas.					
20 Existen personas en mi vida diaria que se preocupan que me sienta bien cuando no consumo drogas.					
21 La información de los medios de comunicación (revistas, radio, televisión) sobre las drogas atrae mi atención.					
22 Me comprometo a no recurrir a las drogas en los momentos en que me siento ansioso o inseguro de mi mismo.					
23 Me siento asustado por la intensidad de mis ganas de consumir drogas.					

	Nunca	Muy pocas veces	De vez en cuando	Bastantes veces	Muchas veces
24 Me digo a mi mismo que soy capaz de no tomar drogas si me lo propongo con suficiente firmeza.					
25 Las descripciones dramáticas de los peligros de las drogas me afectan emocionalmente (me siento nervioso, preocupado).					
26 Me mantengo alejado de los lugares asociados en general a mi consumo de drogas.					
27 Me doy cuenta que algunas personas que están dejando las drogas manifiestan su deseo de no ser inducidos a consumir.					
28 He oído hablar sobre los graves problemas médicos que puede provocar el consumo de drogas.					
29 Me digo a mi mismo que no necesito drogas para sentirme bien conmigo mismo.					
30 Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas a causa de las drogas.					

Aumento de la concienciación:	13, 21, 28
Contracondicionamiento:	3, 5, 17
Relieve dramático:	16, 23, 25
Reevaluación ambiental:	2, 11, 14
Relaciones de ayuda:	6, 9, 30
Manejo de contingencias:	8, 10, 20
Auto liberación:	22, 24, 29
Auto reevaluación:	1, 9, 15
Liberación social:	7, 12, 27
Control de estímulos:	4, 18, 26

Hoja de Balance Decisional y Matriz de Decisiones

En la hoja de balance decisional (Janis y Mann, 1977; Janis, 1987), el paciente debe anotar, para cada una de las alternativas de conducta (p. ej., abandonar el consumo de cocaína y proseguir con él), sus anticipaciones respecto a los siguientes elementos:

Ganancias y pérdidas tangibles para él mismo.
Ganancias y pérdidas tangibles para los demás.
Auto aprobaciones y auto desaprobaciones.
Aprobaciones y desaprobaciones sociales.

En la matriz de decisiones, instrumento elaborado por Marlatt (1985a, 1985c) a partir de la hoja de balance decisional, el paciente tiene que anotar sus expectativas respecto a las consecuencias inmediatas (positivas y negativas) y a largo plazo (también positivas y negativas) tanto de dejar de consumir cocaína o permanecer abstinente, como de continuar o reiniciar el consumo de cocaína.

A pesar de su finalidad evaluativa, tanto la hoja de balance decisional como la matriz de decisiones son procedimientos que claramente poseen también ciertas características interventivas implícitas, ya que propician que el paciente procese, analice y evalúe una serie de información referente a su conducta adictiva (esencialmente las consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo, respecto a uno mismo y a los demás), con lo cual se produce al menos un cierto aumento de la concienciación y un determinado nivel de autor reevaluación.

Por ejemplo, esta Hoja podría tomar la siguiente forma:

	Consecuencias inmediatas		Consecuencias a largo plazo	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Permanecer Abstinente				
Volver a consumir				

Tomado de Marlatt, G.; Parks, G., and Witkiewitz, K. (2002) Clinical Guidelines for Implementig Relapse Prevention Therapy. Addictive Behaviors Research Center, Department of Psychology, University of Washington (p. 26)

Cuestionario de Balance Decisional

Nombre _____ Fecha -------/ ------/-------

Apellidos _____

Pros y Contras

sentan diferentes opiniones sobre el consumo de drogas. Por favor, puntúa el grado de importancia que tiene para ti cada afirmación para decidir si consumes o no drogas, mediante la siguiente escala.

Valores:	**No importante**	**No importante**	**Un poquito importante**	**Algo importante**	**Bastante importante**	**Importantísimo**
1.- Me siento mejor cuando tomo cocaína.						
2.- La cocaína me hace sentir más seguro y sociable.						
3.- Soy una compañía más divertida cuando tomo cocaína.						
4.- Mi consumo de cocaína me ha llevado a comportarme de forma irresponsable.						
5.- Me siento más seguro cuando consumo cocaína.						
6.- Cuando consumo cocaína no logro mantenerme al día con los pagos.						
7.- La cocaína me ayuda a aliviar mis tensiones.						
8.- A medida que me metía más en el consumo de cocaína, más me alejaba de las personas con las que antes me relacionaba.						
9.- Cuando consumo cocaína pido prestado dinero que no consigo devolver.						
10.- La cocaína me proporciona una inyección extra de energía.						
11.- Comprar cocaína ha contribuido a que experimente presiones económicas.						
12.- Tengo problemas de sueño cuando tomo cocaína.						

Pros: 1, 2, 3, 5, 7, 10 / **Contras:** 4, 6 , 8, 9, 11, 12

Anexo N°5

criterios para evaluación compromiso biopsicosocial del consumo de sustancias

COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL

VARIABLES BIO PSICOSOCIALES	LEVE	MODERADO	SEVERO
Síndrome de abstinencia	ausente	Con molestias que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias
Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por demanda judicial
Motivación al cambio	Convincente	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria o ausente (etapa precontemplativa)
C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial ó desde 3 criterios para dependencia	Más de 3 para dependencia
Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Autopercepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
Intentos de abstinencia	6 ó más meses en los últimos 3 años	1 a 6 meses en los últimos 3 años	Sin ningún periodo de abstinencia
Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
Tipo sustancias, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o nasal	- 2 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o nasal	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se puede agregar la vía inyectable
Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3	Más de tres
Percepción de molestias físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
Problemas judiciales asociados	Sin detenciones o demandas	Detenciones por porte de sustancias	Detenciones por consumo y actos delictuales
Actividades laborales o académicas	Mantiene su trabajo o estudio	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales
Red de apoyo familiar y social	Presencia red apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta, con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional

Anexo N°6

normativa institucional para control de la rehabilitación de internos/as de los centros de tratamiento de gendarmería de chile. protocolo de pesquisa de drogas y alcohol.

Normativa institucional para control de la rehabilitación de internos de las comunidades terapéuticas de Gendarmería de Chile y protocolo de la pesquisa de drogas y alcohol

INTRODUCCIÓN

Gendarmería de Chile tiene como misión atender, vigilar, custodiar y contribuir a la reinserción social de las personas privadas de libertad a través del desarrollo de programas de intervención tendientes a disminuir la reincidencia en la comisión de delitos, una vez que egresan del sistema.

La drogodependencia es, como sabemos, una realidad complejizante que puede ser vista desde distintos puntos. En una cárcel esas distintas visiones aparecen. Los vigilantes tienden a verla como una trasgresión a normas internas que a veces debe ser castigada; los profesionales puede que la vean o no como una enfermedad, o como un desafío o como una defensa psicológica a la tensión propia de la prisión ; y otros tienden a juzgarla como una señal de ausencia de suficiente control social. Es por lo tanto necesario realizar una estrategia de abordaje institucional, que es lo que se ha estado haciendo en los últimos cuatro años.

Desde el año 1996 la institución ha estado sistemáticamente promoviendo la realización de actividades de prevención del consumo de sustancias adictivas, en internos para lo cual se han organizado equipos de funcionarios que han elaborado y aplicado estrategias locales en las Unidades Penales. El énfasis de las actividades estuvo inicialmente sólo en la prevención, luego en la investigación y desde 1998 en el tratamiento de adictos en recuperación, que se inicia con la creación de la Comunidad Terapéutica, Monseñor Carlos Oviedo Cavada" en el CCP de Colina 1, con una capacidad de 20 internos en sistema residencial.

En adelante se estableció la creación sistemática de Comunidades Terapéuticas, llegando al año 2003 a la existencia de once, distribuidas en las Regiones I, II, V, VII, VIII Y R.M. Todo este programa se fundamente con cifras alarmantes, arrojadas por estudios realizados en población penal que nos indican entre otros datos, los siguientes[3]:

El 26% de los reclusos declara haber cometido el primer delito bajo la influencia de alguna droga, mientras que el 41% declara lo mismo respecto del delito por el cual están actualmente condenados.
El 40% declara haber delinquido para adquirir droga.
Los niveles de prevalencia múltiple son extraordinariamente altos: el 80% reconoce haber usado más de una droga en su vida y el 32% declara haber usado más de una droga.

Estos antecedentes nos permiten concluir claramente la necesidad de intervenir esta población, que además presenta altos índices de vulnerabilidad social, tanto por la pobreza como por la marginalidad en que se encuentran y que se agrava más por los antecedentes penales que limitan su real inserción en el mundo laboral, lo cual en caso de no lograrse perpetua el círculo de la pobreza.

Los avances que se han logrado en esta materia nos han llevado a la necesidad de definir modelos de intervención y técnicas de apoyo al logro de los objetivos que se persiguen, tanto a nivel de programa como a nivel de cada uno de los internos que se encuentran hoy en día en tratamiento y que sin duda, se observa que irán en aumento. Una primera definición que se hizo necesaria, dice relación con la corriente a seguir en materia de drogodependencia y que no puede ser otra distinta a aquella que ha asumido el Estado de Chile, en el contexto internacional, y es la realización de Programas Libres de Drogas. No obstante las últimas tendencias apuntan hacia la necesidad de un modelo integrador, abierto y con un cierto grado de flexibilidad.

La flexibilidad se relaciona con la posibilidad, presente en todo tratamiento, de una recaída por parte del interno en tratamiento. Recaída es una palabra con contundencia. En principio pareciera que no es sólo el sujeto el que recae sino todo un sistema que interactúa y se inter-relaciona.[4]

[3] Estudio realizado por CONACE, denominado, "Acerca del Consumo de Alcohol y otras Drogas y su vinculación con la Comisión del Delito de Robo con Violencia e Intimidación, en jóvenes condenados y recluidos en Centros Penitenciarios de Gendarmería de Chile".

[4] "La recaída un punto esencial en el Tratamiento del drogodependiente". José María Rshaid, Programa Cambio (Córdova-Argentina).

1) La recaída es inherente al tratamiento mismo ya que denuncia y anuncia mayoritariamente la presencia de factores, no sólo individuales, que inciden en la patología.
2) Sólo el narcisismo de los rehabilitadores hace creer que la "CURA" sobreviene sólo en el consultorio o en la C.T. Dicho de otro modo la C.T., el centro de salud, etc. representa una porción en la rehabilitación del sujeto adicto.
3) A pesar de la necesaria generalización que implica la teorización sobre un tema, sólo la individualidad del sujeto nos acerca realmente a su problemática.
4) La fantasía (que a veces los familiares sustentan) de la "CURA" definitiva y sin sobresaltos posteriores o en la finalización del tratamiento es muchas veces sostenida por la institución misma o los rehabilitadores.
5) Deberíamos una vez por todas introducir lo social como parte de la rehabilitación. Creo que este tema es el más ajeno a las instituciones.
6) La recaída es la primera instancia, recaída en el aparato psíquico del rehabilitador y sólo luego lo es en el rehabilitado o sujeto en tratamiento.
7) Los signos primarios y secundarios deberían ser tenidos en cuenta como aliados esenciales de la terapéutica.
8) En la recaída, lo que recae es todo un sistema en el que aveces el sujeto adicto es el menos responsable.
9) Finalmente: El tratamiento sin recaída podría sugerir una falla conceptual en la óptica del rehabilitador y de la institución que lo sustenta.

La verificación probatoria de la abstinencia (VPA) es una herramienta más de la rehabilitación, dentro del marco, antes descrito, de la asunción individual y colectiva de responsabilidades en el proceso terapéutico. La VPA, está sujeta a requerimientos éticos puesto que deben ser utilizadas en beneficio de quienes padecen dependencias a las drogas y no deben ser utilizadas para la aplicación de sanciones.

CRITERIOS GENERALES

El objetivo de las Comunidades terapéuticas para internos en rehabilitación, es decir que el interno esté libre de adicción al alcohol y/o drogas.

El control de la abstinencia, el examen de ingreso y el control de alta se realizarán a través de exámenes de orina y aire espirado.

Dichos exámenes tendrán el carácter de sistemáticos, aleatorios, selectivos, sorpresivos y voluntarios.

La realización de los exámenes deberá estar estipulada en el Contrato Terapéutico, de manera expresa y destacada, para lo cual cada interno que ingresa a tratamiento deberá expresar su voluntad de someterse a dichos exámenes.

Los exámenes serán llevados a cabo por el personal de salud de Gendarmería de Chile.

Los exámenes cuyo resultado sea positivo serán comunicados al Director de la Comunidad respectiva.

El interno que haya dado positivo será considerado una recaída y se someterá a los procedimientos que se señalan más adelante.

Los miembros del equipo terapéutico y los miembros del equipo de salud que realicen muestreo así como todo personal asignado, tendrán obligación absoluta de confidencialidad tanto en el manejo de las pruebas individuales como en el análisis comparativo o estadístico de los resultados.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DROGA: es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nerviosos central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

ABUSO DE DROGA: es el uso excesivo de sustancias lícitas (tabaco y alcohol) o ilícitas que alteran la conducta, las funciones sicofisiológicas y/o salud de las personas.

PESQUISA: es el procedimiento de detección mediante muestreo aleatorio, sorpresivo, selectivo de un determinado tamaño de muestra (Nº de test y de personas examinadas), realizado en la Comunidad.

EXAMEN DIRIGIDO: es el muestreo directo, no aleatorio de un determinado interno debido a sospechas de consumo o por verificación probatoria de abstinencia.

TOMA DE MUESTRA: es la dación de desechos corporales en recipientes aptos para ello, individualizados mediante código que preserva el anonimato de la muestra (rotulados o precintados).

CRITERIO DE MUESTREO: la muestra, su tamaño, oportunidad, lugar, horario y calendario se determinará en base a región, tipo de comunidad, tipo de droga predominante.

CARACTERÍSTICAS DEL TEST: test de reacción inmunoquímica de antígenos de metabolitos de drogas y análisis químico del contenido del alcohol residual en el aire espirado.

SISTEMÁTICO: se realiza de acuerdo con referencia a un calendario y programación anual y regional.

ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO: la muestra tendrá un tamaño que permita inferir conductas de grupo, daño acumulado e incidencia.

SORTEO OBLIGATORIO: significa que todos los internos pertenecientes a la comunidad participan obligatoriamente en el sorteo aleatorio.

VOLUNTARIEDAD: la dación de muestras es voluntaria y debe quedar consignada en el contrato terapéutico.

RECAÍDA: se define como el consumo de drogas y/o alcohol durante el tratamiento en la Comunidad y se demuestra entre otros, por un resultado positivo al examen de drogas.

RESULTADO POSITIVO: significa la inmediata puesta del interno examinado en el sistema de verificación probatoria de abstinencia.

RESULTADOS NEGATIVOS: se consignará en el registro de la Comunidad el resultado del examen negativo.

VERIFICACIÓN PROBATORIA DE LA ABSTINENCIA: interno con un resultado positivo que debe probar mensualmente que está en abstinencia.

CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN

La Coordinación de Salud Regional determinará la muestra a la que se aplicará los exámenes que se hayan dispuesto. Para determinar el tamaño general de la muestra se tomará en cuenta el riesgo y la historia clínica individual.

En la determinación de la muestra las regiones más complejas (I,II,V,VIII, Metropolitana) tendrán un porcentaje de participación mayor que la media. Del mismo modo los internos de las regiones de baja complejidad (III,IV,VI,VII,XI y XII) tendrán un porcentaje inferior a la media.

Los internos, durante su estadía serán sometidos, a lo menos, a las siguientes verificaciones:

Screening de ingreso
Test aleatorio
Control de egreso (control de alta)

Todo interno que dé positivo por primera vez será sometido al sistema de verificación probatoria de abstinencia, lo cual significa que durante tres meses seguidos será sometido a pruebas obligatorias de drogas, las que necesariamente deberán arrojar negativo. Lo contrario será considerado una segunda recaída.

Durante el tratamiento de rehabilitación en la Comunidad se aceptará UNA RECAIDA, el equipo terapéutico podrá proponer al Consejo Técnico respectivo, la aceptación de una segunda recaída, en casos especiales y con respaldo documental.

El quebrantamiento del Contrato Terapéutico es causa de exoneración de la Comunidad Terapéutica. Dos recaídas o la no aceptación del proceso de verificación probatoria constituyen quebrantamiento del contrato.

Del mismo modo, todos los directivos y miembros de los equipos terapéuticos y funcionarios que por su función y/o responsabilidad se determine, deberán estar libres de drogas y por tanto serán examinados, en un procedimiento separado de aquél de los internos.

DROGAS PESQUISABLES

Dado el contexto sociológico actual del país se controlará, inicialmente, que las Comunidades Terapéuticas estén libres del consumo de alcohol y en particular de la ebriedad consuetudinaria; de anfetaminas; de benzodiazepinas sin indicación médica; de cocaína y sus derivados; y de marihuana y de toda droga que manifieste y pruebe el interno ser adicto. Lo anterior podrá variarse en el futuro sin publicitar las drogas que se pesquisarán. La decisión al respecto será adoptada por el Jefe del Departamento de Readaptación con la asesoría del Jefe de las U.A.M. atendidos los cambios experimentados por la sociedad.

PROCEDIMIENTO DE EXAMINACIÓN

GENERALIDADES:

La realización de exámenes, será determinada por el Consejo Técnico de la Unidad Penal, en las oportunidades que lo estime conveniente, por sí, o ponderando una petición o denuncia de un tercero, funcionario o simple particular y por el Director de cada Comunidad de acuerdo al plan de pesquisa. Este plan de pesquisa deberá contar con la participación en el Consejo Técnico, de a lo menos, el director de la Comunidad Terapéutica.

El director de la Comunidad en compañía del interno/a a examinar, deberá concurrir al lugar asignado como sala de toma de muestra, con el fin que el responsable de la Pesquisa proporcione al solicitante el Acta de Detección de Drogas en la orina y de alcohol

en el aire espirado, en la que se dejará constancia que el interno examinado acepta someterse al procedimiento de toma de muestra de orina o aire.

El director de la Comunidad consignará en el Acta señalada, precedentemente, los antecedentes del interno sometido a examen, firmándola junto al examinado, debiendo este último colocar su firma, de su puño y letra, con nombre y Nº de RUT.

TOMA DE MUESTRAS

DE DROGAS:

El responsable de la pesquisa deberá numerar el acta de detección de drogas, siguiendo una numeración correlativa y registrarla en el libro denominado, "Registro de Toma de Muestras", con los siguientes antecedentes: número de acta, fecha y hora de inicio y término del procedimiento, nombre del examinado y del solicitante, resultado del examen y nombre del funcionario que practicó la toma de muestra.

Si por alguna circunstancia la toma de muestra debe hacerse después de las 17:00 horas, o si dicho procedimiento debe efectuarse día sábado, domingo o festivo, esta responsabilidad recaerá en el paramédico de turno más cercano o en algún otro funcionario del área de salud disponible.

El procedimiento de la toma de muestras se realizará en la sala destinada para tal efecto, ingresando a ella sólo el interno sometido a examen, el Director de la Comunidad y el paramédico encargado de tomarla.

El interno sometido al examen ingresará al baño anexo, a la referida sala, vistiendo un mínimo de ropa, quedando prohibido que lo haga con abrigo, chaqueta, parka u otra vestimenta que pueda servir para ocultar contenedores de orina, tampoco se permitirá el ingreso con cartera o bolsos u otro objeto semejante. Lo acompañará, según el sexo del examinado, el o la paramédico que supervigilará la toma de muestra.

El o la paramédico proporcionará al examinado/a un recipiente en el que, a su vista, depositará la cantidad suficiente de orina para ser posteriormente analizada.

Una vez depositada la orina en el contenedor, el responsable de la pesquisa, en presencia de todos los funcionarios actuantes, procederá a realizar a la muestra el examen denominado "SCREENING", para cada droga requerida, sin intervenir en el contenedor.

Efectuado el examen respectivo (Prueba de Orientación Screening) a la muestra, el responsable de la pesquisa, dejará constancia en acta de su puño y letra de la marca del screening utilizado, la droga que se busca detectar y el resultado de éste, expresado

en alguna de las siguientes alternativas: Negativo, Positivo o Dudoso, lo que será ratificado con su firma y la de los demás participantes.

Si el examen es negativo, se dejará constancia en acta, se desechará la muestra y se inutilizarán de inmediato los contenedores en presencia del examinado, terminándose el procedimiento.

Si el resultado es positivo o dudoso, el contenedor de la muestra, serán sellado, rotulado y firmado por el interno examinado, anotando el Nº de registro del procedimiento y fecha, el que será coincidente con el Nº del Acta y el nombre del examinado. Del mismo modo será guardada y sellada la tarjeta (tescard) o panel de drogas con el resultado positivo. Todo lo anterior será guardado por el Coordinador Regional de Salud en condiciones seguras, hasta por lo menos el egreso del interno de la Comunidad.

La contramuestra será guardada bajo condiciones adecuadas para su preservación y para poder someterla a exámenes posteriores, si hubiere lugar.

Cuando el resultado de la orina examinada dé un resultado positivo o dudoso, y el examinado se niegue a firmar la Prueba de Orientación Screening, se deberá levantar un acta de negación de firma, que será suscrita por los funcionarios participantes en los procedimientos y el propio examinado (a) si ello es posible.

DE ALCOHOL:

Con el equipo denominado alcotest se procederá a tomar una muestra de aire expirado, mediante el uso de una boquilla individual y desechable.

El resultado expresado en gramos de la cantidad de alcohol por cada litro de sangre, quedará impreso en el comprobante de registro emitido por la máquina de alcotest, el cual deberá ser consignado en el Acta.

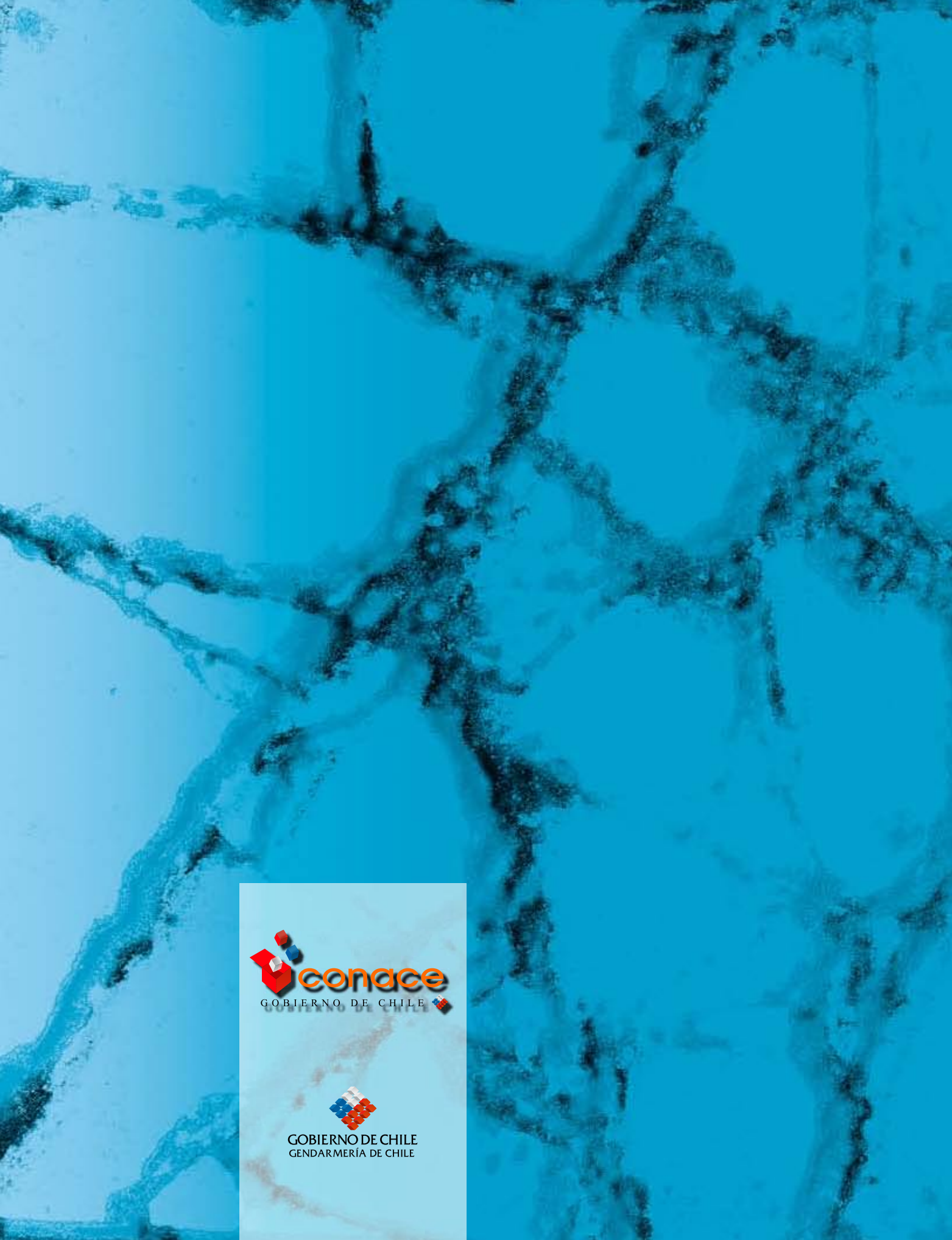
Si el examinado se negare a proporcionar cualquiera de las muestras será consignado en acta formada por los funcionarios participantes en la pesquisa.

Finalizado el procedimiento, el Responsable de la Pesquisa se hará cargo de las muestras junto a un original y copia del Acta de Aceptación con su anexo (prueba Orientación Screening), y del Acta de Negación de Firma, si la hubiere firmando al momento de su recepción el Libro de Toma de Muestra, donde dejará constancia de lo obrado.

En el evento que el procedimiento de la Toma de Muestra se lleve a cabo en horario nocturno, día sábado, domingo o festivo, o no se encuentre el Coordinador Regional de Salud, el Responsable de la pesquisa dispondrá un sobre sellado,

que contendrá la llave de la dependencia de la mencionada sección destinada a la conservación de la muestra; depositará en el interior de un ambiente refrigerado las muestras entregadas y luego procederá a su cierre manteniendo en su poder, en el sobre sellado, el original y copia del Acta de Detección de Drogas en la Orina, sobre que deberá ser firmado por él en su pliegue de cierre y en el anverso, los cuales entregará personalmente, a primera hora del día hábil siguiente, al Coordinador Regional de Salud o, en su defecto, al subrogante a cargo.

Copia de las actas de todos los exámenes practicados deberá remitirse al Departamento de Readaptación, cada vez que se practiquen.


conace
GOBIERNO DE CHILE
GOBIERNO DE CHILE
GENDARMERÍA DE CHILE