

DOSSIER

Áreas y Técnicas en el proceso de atención psicológica en los programas de mantenimiento con metadona

Areas and techniques in the process of psychological care within the methadone programs

**M.L. ESTEVE
C. CUÑARRO
M.L. GOMEZ
M. MATELLANES
A. POLO**

(Grupo de trabajo sobre el Sida del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid)

RESUMEN

Este trabajo revisa la evolución de los programas de mantenimiento con metadona en España, muy relacionada con la expansión de la epidemia del Sida. Se hace una descripción de los usuarios, sus características y demandas y se desarrollan los objetivos y técnicas en cada una de las áreas de intervención psicológica propuestas.

PALABRAS CLAVE

Metadona, Sida, Drogodependencias, Intervención psicológica.

ABSTRACT

The paper reviews the evolution of methadone programs in Spain, that has strong links with the spread of AIDS. A description of users is done, including their features and demands, also describing the goals and techniques within every area of psychological intervention.

KEY WORDS

Methacone, AIDS, Drug dependence, Psychological intervention.

1. INTRODUCCIÓN

El problema del SIDA surge en un momento histórico en que los tratamientos para drogodependientes se centran en su mayoría en programas libres de drogas, ya sean en medio cerrado o ambulatorio. Ahora bien, precisamente es el SIDA y su transmisión los que crearán cambios en estos tratamientos, llegando incluso a ser incluido como una condición para poder acceder a programas de mantenimiento con metadona.

De esta situación surge también la diversificación del uso de la metadona y los llamados programas de reducción del año y del riesgo con una doble finalidad: interrumpir la cadena de transmisión, así como incluir a esta población en sus correspondientes seguimientos en la red sanitaria.

Más tarde va a nacer la inquietud por parte de los profesionales, en el sentido de que la metadona por sí misma no cambia prácticas de riesgo, no cambia actitudes, etc, y en definitiva se requieren tratamientos integrales (Bio-psico-sociales) realizados por equipos multidisciplinares. De ahí surgen las inquietudes de este grupo de trabajo firmante del artículo.

Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) han adquirido, desde hace ya algunos años, especial importancia en la intervención en drogodependencias. La evolución de este tipo de tratamiento hasta el momento actual ha estado muy relacionada con la aparición y expansión de la epidemia de SIDA en España; la urgente necesidad de desarrollar programas de reducción de daños ha hecho que el uso de la metadona se haya extendido de manera considerable en los últimos años. La regulación de este tratamiento dio prioridad durante varios años a los drogodependientes enfermos de sida, llegando a ser prácticamente los únicos usuarios de estos programas. En la actualidad el perfil es más amplio y

todo adicto que lo solicitara podría entrar en un programa de metadona.

El recorrido efectuado desde el inicio de este tipo de intervención hasta el momento actual ha puesto de manifiesto la necesidad de incorporar el fármaco metadona dentro de un marco de intervención global bio-psicosocial donde se hace imprescindible la actuación de distintos profesionales.

Desde el ámbito de la Psicología se hace necesario avanzar un poco más: especificar las áreas que se deberían incluir en el proceso de intervención, los objetivos a perseguir en cada una de estas áreas y los instrumentos y técnicas que resultarían de utilidad para conseguir tales objetivos.

Todo esto se delimitará a continuación teniendo en cuenta el perfil general de la población que accede a estos programas, las demandas planteadas y las necesidades evaluadas por los profesionales en los usuarios de los PMM.

2. LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA: EVOLUCIÓN

Los programas de mantenimiento con metadona se inician partiendo de la teoría de que la dependencia a opiáceos era una enfermedad metabólica que podía manejarse proporcionando al paciente una cantidad suficiente de sustitutivo opiáceo que permitiese estabilizar esta deficiencia metabólica. Desde estas primeras experiencias de Dole y Nyswander han transcurrido más de 30 años y se han producido múltiples modificaciones inseparables de la propia evolución de los tratamientos en general de las drogodependencias, así como de la problemática de los drogodependientes.

G.J. Erro (1995) relaciona la evolución de los programas de metadona con la

evolución de los objetivos terapéuticos a cubrir en la intervención, y así clasifica esta evolución en cuatro etapas, que transcurren desde los inicios con una orientación de alternativa terapéutica y con el objetivo fundamental de la consecución del equilibrio orgánico y psicosocial, hasta el momento presente en que además de constituir una alternativa terapéutica más, se pretende también tanto la reducción de daños y riesgos, como a mejora de la calidad de vida.

El enfoque actual está radicalmente condicionado por la aparición del SIDA y puede caracterizarse tal y como recoge D. Duro y Cold. (1995) en la sentencia de Brown y Berchuer (1989), en que plantean que «el objetivo de una vida abstinentemente ha quedado sobrepasado por la preocupación por preservar la vida en sí misma».

En esta línea la inclusión de los programas de metadona en las políticas de reducción de la expansión del VIH y otras enfermedades asociadas, han estado basadas en los resultados que proporcionaban los estudios de seguimiento iniciales que referían tanto la disminución de conductas delictivas, incremento en la retención..., etc.

Resulta importante destacar las dificultades de evaluación de la eficacia de tales programas, acorde con la hipótesis planteadas, tal y como se refiere Argandoña en los estudios realizados por la O.M.S., que ya en 1990 señalaba en sus conclusiones (Gossop y Grant) que «el tratamiento con metadona no era un término definido; que los planes y programas de tratamiento con metadona y otras formas de tratamiento para la farmacodependencia cambiaban con el tiempo, ignorando los datos de la investigación científica y que tales cambios obedecían a preocupaciones políticas y populares a perspectivas ideológicas».

Por tanto, para evaluar la utilidad de la gran variedad de programas de reducción

del daño existentes, tanto en relación al control de la expansión del SIDA, como al nivel de eficacia como alternativa terapéutica más en el tratamiento de las drogodependencias, será necesaria tal y como señala P. Duro y col (1995) realizar estudios que aborden las siguientes cuestiones:

—Identificación de los cambios de conducta relevantes para disminuir los riesgos de infección por VIH.

—Establecimiento de estrategias de intervención adecuadas para facilitar estos cambios de conducta.

—Delimitación de la contribución de los PMM en los cambios de conducta deseados.

—Búsqueda de indicadores de cambios de conducta en pacientes en PMM.

2.1. Criterios de inclusión y objetivos

Los criterios de inclusión en PMM han evolucionado básicamente desde dos extremos. Por un lado el paciente muy deteriorado físicamente, en algunos casos terminal, y por otro, pacientes con un cierto nivel de adaptación, en los que era exigible una total abstinencia a otras drogas.

Todo ello ha motivado el desarrollo de programas clasificados en función del nivel de exigencia, desde un bajo umbral, en que los objetivos planteados son mínimos respecto a atención por la red sanitaria de la patología existente, e interrupción de vía intravenosa, y actividades delictiva, hasta un alto umbral en que el objetivo global es la intervención integral sobre la drogodependencia y en definitiva a largo plazo la abstinencia a todas las drogas.

Por tanto el uso de metadona puede plantearse sin límites temporales, como paso previo o intermedio orientado a la

abstinencia. En cualquier caso se observan dos cambios terapéuticos a las *necesidades individuales de cada paciente*. Y por otro lado la importancia y necesidad de una intervención integral e interprofesional que permita la consecución de esta gradación de objetivos.

Esta última afirmación se relaciona con las diferencias en la efectividad de los PMM. De ahí se constata que parece existir un acuerdo en cuanto a factores que correlacionan con resultados satisfactorios (Casas y cols, 1994).

—**La dosificación de los PMM:** Dosis adecuadas correlacionan positivamente con disminución del consumo ilegal y permanencia en el programa.

—**Ofrece una asistencia integral con una amplia gama de servicios.** Aquellos programas que proporcionan más servicios psicosociales a sus usuarios resultan los más efectivos a la hora de mejorar los resultados terapéuticos de los pacientes y encaminarlos hacia programas libres de drogas.

—**Acceso al tratamiento:** Fácil accesibilidad y rapidez en la admisión facilita su integración en el programa.

—**Retención:** El tratamiento es efectivo si el usuario permanece mínimo un año.

—**Una práctica responsable:** En el proceso de los programas para casa o Take-Home. (Erró, 1995).

Existe acuerdo en valorar la efectividad de una atención integral que cubra las necesidades biopsicosociales de los pacientes, pero hay una segunda línea de opinión que sostiene que no hay suficientes recursos económicos para desarrollar estos programas, y que por tanto el esfuerzo se centrará en hacer más disponibles la metadona (Yancovitz, 1991; McLellan, 1993; Parrino 1993). **Estas diferencias deberían obligar a realizar una profunda racionalización de los recur-**

sos existentes, y estudiar de forma rigurosa los niveles de eficacia conseguidos con la simple dispensación de metadona.

3. REGULACION DE LOS TRATAMIENTOS CON METADONA

Los programas de mantenimiento con metadona en España han sufrido una evolución importante en los últimos años, evolución que queda reflejada en los diferentes Reales Decretos que han regulado su uso.

Hasta 1983 los tratamientos con metadona se llevaban a cabo mediante la solicitud por parte del paciente con un carnet extradosis, que regulaban los Colegios de Médicos. Esta situación quiera que el ámbito privado se generalice la prescripción de la receta sin ningún tratamiento más, circulando la metadona en circuitos extraterapéuticos.

Desde la *Orden Ministerial de 23 de mayo de 1983* el uso de la metadona se engloba en un plan terapéutico más amplio y pasa a ser una herramienta terapéutica más dentro de un programa.

La *Orden Ministerial de 31 de octubre de 1985* viene a regular la definición de competencias de la Administración Autonómica y la Administración Central, y el establecimiento de comisiones paritarias que velen por el cumplimiento de los preceptos normativos.

El *Real Decreto del 19 de enero de 1990*, contempla la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y flexibiliza los criterios de inclusión siendo necesario el haber realizado al menos un intento de tratamiento en otra modalidad terapéutica, exceptuando aquellos que hayan contraído el VIH o se encuentren afectados de patología orgánica severa, o las embarazadas.

Por último, el *Real Decreto de 15 de enero de 1996* viene a contemplar al

anterior en el sentido de ampliar a facultativos de forma singularizada la posibilidad de acreditación. Además se incluye la posibilidad de utilización de LAAM y respecto a los criterios de inclusión ampliar a la posibilidad de drogodependientes que o bien siendo sero-negativos o no habiendo realizado tratamiento previo, puedan beneficiarse de estos programas.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS USUARIOS DE PMM

La atención psicológica en los Programas de Mantenimiento con Metadona en la Comunidad de Madrid tiene una «vida tan joven» que no nos ha permitido elaborar o análisis rigurosos, sino que las opiniones y conclusiones que planteamos a continuación están basados en la experiencia asistencial de técnicos de diferentes puntos de la atención a usuarios de metadona y en comparaciones bibliográficas de algunas experiencias en Comunidades españolas en donde hay una trayectoria más larga de PMM.

El usuario de los PMM presenta unas características en las que las carencias, problemáticas y demandas psicológicas que plantean no se solventan con la administración de metadona por mucho tiempo que ésta se mantenga en el tiempo, por lo que se hace necesario la intervención a este nivel para que verdaderamente la metadona no sólo sea útil sino eficaz.

4.1. PERFIL DEL USUARIO

- Edad media: 32 años.
- Varón.
- Soltero.
- Más de diez años de consumo.
- Vía de consumo inhalada.
- V.I.H./SIDA: 80%

- Antecedentes penales y varias causas pendientes.
- Estudios primarios o E.G.B.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Ingresos económicos procedentes de ayudas, pensiones no contributivas por invalidez, etc.
- Convivencia con la familia de origen, pero con escaso apoyo emocional. Un alto porcentaje vive en albergues, pensiones o pisos de acogida.
- Numerosas entradas en centros de drogodependencias, el mayor tiempo de permanencia en ellos corresponde a estancias en Comunidad Terapéutica.
- Existe un porcentaje cada vez mayor de sujetos con problemas de Salud Mental.
- Se producen consumos de otras sustancias, sobre todo benzodiazepinas y cocaína.
- El núcleo fundamental de relaciones es el de consumidores o la relación con un grupo «terapéutico». Otro gran porcentaje está completamente aislado.
- Incapacidad laboral reconocida en la mayoría de los casos.
- Grave deterioro de la situación orgánica.

Como resumen podríamos decir que la población de los PMM, en la actualidad está condicionada por los criterios de inclusión mantenidos hasta ahora y se configura básicamente como:

- Población deteriorada orgánica y socialmente.
- Estilos de vida más cronificados, quizás por ser una población que no se ha beneficiado de recursos asistenciales adaptados a sus necesidades en momentos anteriores.

4.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

- Alto grado de ansiedad, estrés, angustia y depresión.
- Expectativas de abstinencia.
- Problemas de sueño: insomnio ó hipersomnía.
- Escasas expectativas de futuro en todas las áreas.
- Autoestima muy baja.
- Alto grado de inhabilidad social.
- Tendencia al autoaislamiento.
- Anticipación del dolor, sufrimiento y recaídas en su enfermedad: infección por VIH/SIDA.
- Sentimiento de indefensión y de inevitabilidad.

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS CON METADONA

El hecho de incorporarse en un Programa de Metadona produce en el sujeto:

- Aumento de «marginación añadida» por estar en un «tratamiento de 2ª». (Sheigla 1995).
- Posibilidad de normalización del comportamiento en general.
- Disminución del «craiving» o Deseo de Consumo.
- Disminución del estado de activación y conducta motora subsiguiente para obtener el estímulo reforzante.
- Disminución del síndrome de abstinencia condicionado limitándose a los momentos previos a la toma de dosis.
- Modificación de pautas de reforzamiento variable, más resistentes a la extinción, ya que la administración de

metadona pasa a ser una pauta de reforzamiento de intervalo fijo.

- Cambio en la propiedad de reforzadores condicionados de estímulos neutros.
- Modificación de pautas y rituales de consumo que concluyen desde la reducción de los mismos hasta la desaparición de la mayoría.
- Mayor capacidad de aplazar el refuerzo inmediato respecto a opiáceos.
- Mayor capacidad de dirigir el comportamiento hacia actividades no implicadas en el consumo.
- Proceso de normalización en el nivel de conciencia que permite la posibilidad de un trabajo hacia el cambio cognitivo en determinadas áreas o, incluso, de un replanteamiento del estilo de vida adictivo. (Entrada en los estadios de preparación y/o acción de cambio de conductas. Prochaska y Diclemente, 1982).

Estos datos muestran que el sujeto que se incluye en los PMM es una persona en la que se producen cambios o está en un estado de posibilidad de cambios al igual que en otros tratamientos.

4.4. DEMANDAS

Las demandas observadas con mayor frecuencia en la atención a usuarios de metadona son:

- Información sobre VIH/SIDA: evolución, curso de la enfermedad y tratamientos.
- Modificación en la administración de la dosis de metadona: Dosis extra-centro (take-home) y subida o bajada de dosis. Estas peticiones suelen coincidir con mayor tiempo de permanencia en el programa, abstinencia a otras sustancias y con proyectos o inicios de mayor normalización social.

- Aprendizaje de habilidades básicas de autocuidados, comunicación y mejora del estilo de vida en general.
 - Atención en crisis, coincidiendo con episodios agudos de ansiedad, angustia y depresión.
 - Espacios donde poder confrontar sus problemas, miedos, dificultades.
 - Escucha y acompañamiento en especial en el afrontamiento de situaciones de pérdida, tales como las derivadas del deterioro físico y en especial en el enfrentamiento a la muerte en todas sus vertientes: biológica, psicológica y social.
 - Autenticidad y cercanía por parte del profesional.
- Además existen demandas tales como.
- Resolución de la situación judicial.
 - Ayudas económicas puntuales y/o estables.
 - Actividades ocupacionales.
 - Seguridad y protección médica ante cualquier cambio en su estado físico o en la aparición de dolor.

Es decir, demandas no sólo dirigidas a su hábito de consumo, sino referidas a todo su estilo de vida.

5. ÁREAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Siguiendo los esquemas presentados en la monografía específica de Intervención en Drogodependencias presentada desde el COP Madrid, las áreas sobre las que intervenir son:

5.1. ÁREA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los PMM se basan en la sustitución de un opiáceo ilegal, sin control higiénico

sanitario, por otro opiáceo sintético rigurosamente controlado en cuanto a su dosificación y a otros aspectos de carácter higiénico. No obstante, el efecto buscado terapéuticamente es el de evitar los síntomas del Síndrome de Abstinencia (SAO), que no es el único efecto que buscan los consumidores de heroína que además pretenden conseguir un cierto efecto euforizante.

Se observa que la sustitución de un opiáceo por otro, al menos durante la primera fase del tratamiento, no tiene porque conllevar por sí sola la abstinencia a sustancias ilegales. Supone el cambio de un comportamiento bastante complejo y condicionado a los efectos de la sustancia.

La ayuda farmacológica de la metadona va a descondicionar la búsqueda de droga ante la aparición de los primeros síntomas del SAO que a su vez están condicionados al horario de consumo. El fármaco se administra en una sola toma diaria y su duración es de 24-34 horas, sin embargo, se observa que durante el primer mes de tratamiento los síntomas del SAO aparecen a las mismas horas del consumo de heroína, cuyo efecto es de unas 6 horas.

Es tarea del psicólogo romper esas cadenas de conductas consolidadas por muchos años de consumo y que el fármaco por sí solo no puede.

Además la problemática en cuanto al consumo de drogas de los usuarios de los PMM es exactamente la misma que en los Programas Libres de Drogas (PLD) y debe ser abordada con las mismas técnicas, pero conociendo siempre la influencia que la metadona tiene en cada caso.

Objetivos

- Iniciar y mantener abstinencia a opiáceos.
- Favorecer la adquisición de estrategias para prevenir situaciones de riesgo y recaídas.

- Potenciar un uso moderado y controlado de sustancias tóxicas legales.
- Modificar la conceptualización del fármaco metadona que permita su uso como herramienta terapéutica.
- Potenciar un uso correcto del fármaco metadona dentro del contexto terapéutico
- Posibilitar una dosificación ajustada e individualizada del fármaco metadona.
- Potenciar conductas de reducción de daños asociadas al consumo de sustancias.
- Incorporar a la familia, pareja y otros recursos en todo el proceso terapéutico.

Técnicas

- Prevención de recaídas.
- Técnicas operantes.
- Parada de Pensamiento.
- Entrenamiento en autoinstrucciones.
- Instrucciones sobre consumo de drogas.
- Control estimular.
- Reforzamiento social.
- Reestructuración cognitiva.
- Modelado.

5.2. ÁREA DE AUTOCUIDADOS

Los usuarios de los PMM se caracterizan por presentar un alto grado de deterioro orgánico, motivado especialmente por:

- Un largo período de su historia determinado por un estilo de vida en el que la salud poseía un valor escaso o erróneo, generándose y/o potenciándose conductas poco o nada saludables.

- Desarrollo de enfermedades crónicas, especialmente graves (TBC, hepatitis, cirrosis, neumonía, VIH/SIDA, etc.) que provocan daños psicofísicos irreversibles o, en el mejor de los casos, que limitan en gran medida la normalización de otras áreas.

De aquí la importancia que, tiene promover objetivos dirigidos a reducir al mínimo el deterioro físico/orgánico y el impacto que éste provoca y recuperar comportamientos saludables que reduzcan los riesgos de contraer, desarrollar, acelerar las enfermedades que padece esta población.

Objetivos

- Modificar actitudes respecto a la salud-enfermedad-muerte.
- Incrementar la capacidad de enfrentamiento ante episodios de mejoría/recaída y anticipación de la muerte.
- Adquirir o recuperar hábitos alimenticios equilibrados y ajustados a las necesidades individuales.
- Iniciar y mantener la regularidad oportuna de revisiones médicas.
- Potenciar la recuperación o incremento de la actividad física: deporte, rehabilitación y actividades cotidianas.
- Mejorar o mantener hábitos higiénicos básicos.
- Reducir la ingestión de sustancias tóxicas a mínimos no dañinos y que sigan el control estricto de los médicos (medicación, sustancias legales, estimulantes, etc).
- Ajustar el patrón de sueño.
- Potenciar pautas de sexualidad encaminadas a la prevención de E.T.S.
- Disminuir elementos de la imagen corporal relacionados con el deterioro y estilo de vida adictivo.

Técnicas

- Técnicas operantes.
- Técnicas de relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Habilidades de enfrentamiento.
- Modelado.
- Aprendizaje estructurado: Escuela de Salud.
- Talleres de sexo seguro.

- Reducir pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, obsesiones.
- Aumentar capacidad de autocontrol y análisis.
- Mejorar autoestima y habilidades de comunicación y expresión emocional.
- Mejorar el enfrentamiento y resolución de problemas.
- Posibilitar el aprendizaje de habilidades de enfrentamiento a situaciones críticas: recaídas, enfermedad, encarcelamiento, pérdidas, muerte, etc.

5.3. ÁREA DE MADURACION PERSONAL

Los usuarios de los PMM suelen presentar importantes déficits en relación a variables tales como autoestima, tolerancia a la frustración, importantes niveles de ansiedad y estrés, etc., que, si bien no están en el núcleo central del consumo de sustancias, están directamente asociadas a éste y constituyen factores de riesgo para procesos de recaídas. Es importante potenciar el desarrollo de aptitudes básicas y habilidades que mejoren la competencia general y la autonomía. Tales estrategias serán la base o complemento de las que se especifican en las demás áreas.

Objetivos

- Realizar un proyecto de vida realista, acorde a la situación personal y condicionantes orgánicos, sociales, etc.
- Mejorar la relación afectiva con la familia, pareja, hijos, amigos.
- Fomentar el desarrollo de aptitudes básicas: memoria, atención, concentración, etc.
- Reducir impulsividad, niveles de ansiedad y estrés.

Técnicas

- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de entrenamiento en relajación.
- Técnicas de comunicación, asertividad y expresión de emociones.
- Técnicas de planificación, resolución de problemas y toma de decisiones.
- Terapia racional emotiva.
- Técnica de reestructuración cognitiva.
- Técnicas específicas en función de déficits detectados.

5.4. ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Este área debe ser considerada con igual grado de importancia que el resto de las áreas debido a la influencia que en la mayoría de los casos tiene como factor de riesgo para posibles recaídas. El hecho de haber estado asociado, tanto el inicio del consumo como el mantenimiento de la dependencia, a un estilo de ocio marcado por la adicción a múltiples sustancias (legales o ilegales) y la falta o escasez de experiencias lúdicas reforzantes hace que consideremos básico incluir en la intervención acciones formati-

vas específicas dirigidas a programas de prevención y autoayuda que enriquecerán el repertorio personal de estrategias y recursos para completar el tiempo libre vivido, en múltiples casos, como «vacío».

Es necesario que tales acciones tengan un carácter educativo en su sentido más amplio, orientadas a la participación activa de la persona en la Comunidad, que redunde en una mayor accesibilidad a centros tanto de carácter normalizador como específico.

Por otra parte, la flexibilidad y creatividad en la programación de actividades, así como la oferta disponible de éstas debe tener muy en cuenta las características de la población a la que van dirigidas para no provocar efectos contrarios a los deseados (experiencias aburridas, monótonas, poco atrayentes, desmotivadoras, ajenas a sus posibilidades, etc...).

Objetivos

- Establecer cambios cognitivos y actitudinales en la percepción sobre el tiempo libre.
- Posibilitar el reconocimiento de comportamientos, actividades y espacios lúdicos que sean personalmente reforzantes.
- Motivar para que descubran las opciones que les resulten gratificantes.
- Entrenar en la planificación de actividades lúdicas de manera realista y adecuada a sus posibilidades, etc...).
- Ofertar diferentes acciones formativas según necesidades detectadas y reforzantes para el sujeto (laborales, ocupacionales).

Técnicas

- Reestructuración cognitiva.

- Entrenamiento en planificación del tiempo libre.
- Técnicas operantes.
- Técnicas de autocontrol.
- Entrenamiento en toma de decisiones.
- Técnicas y hábitos de estudio.

5. ÁREA DE RELACIONES

El deterioro al que llegan la muchos de los usuarios de PMM conlleva un elevado grado de carencias o pérdidas sociales que provoca, en la mayoría de las ocasiones, un nivel de aislamiento social y soledad que agrava a su vez los déficits de otras áreas. La relación del sujeto con su familia, pareja, grupo de iguales, entorno próximo y comunitario, ha estado marcada por la escasez de contactos y vínculos afectivos, la ineficacia en las relaciones establecidas, la ausencia de redes sociales de apoyo, etc.

Objetivos

- Reducir el aislamiento social y aumentar el núcleo de relaciones.
- Mejorar la calidad de comunicación y afectividad en las relaciones.
- Aumentar la capacidad de resolución de conflictos interpersonales.
- Potenciar la búsqueda de relaciones en entornos ajenos a su antiguo estilo de vida adictivo.
- Reducir y/o controlar relaciones con personas cercanas a su antiguo estilo de vida marginal.
- Recuperar vínculos familiares normalizadores.
- Reestablecer relaciones de pareja.

Técnicas

- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas de resolución de conflictos.

- Técnicas de terapia familiar y de pareja.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

BIBLIOGRAFIA

ANÁLISIS Y DISEÑOS OPERATIVOS EN SALUD. (1995).

Memoria de funcionamiento interno del Centro de Día de Users del Plan Regional sobre Drogas. Junio 90-Junio 95. No publicado.

ARGANDOÑA M. (1995): «Las actividades de la O.M.S. en relación a los tratamientos de sustitución» en Casas, M. y cols. *Avances en Drogodependencias*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

ARRIZABALAGA, I. y SERRANO M. (1995): «Tratamiento de mantenimiento con Metadona: Una intervención multidisciplinar y comunitaria». *III Jornada de Psicología en Navarra. Conferencias y Comunicaciones*. Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra.

BAYES R. (1995): *Sida y Psicología*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. DELEGACION DE MADRID (1996): «Intervención en Drogodependencias: Áreas y técnicas».

ERRO G.J. (1995): «Desarrollo de los Programas de Mantenimiento Opiáceos en Navarra». *III Jornada de Psicología en Navarra. Conferencias y Comunicaciones*. Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra.

GRAÑA J.L. (1994): *Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento*. Ed. Debate.

GRUPO SIDA. COP-MADRID, (1996): «La importancia del psicólogo en los PMM.» *III Encuentro en Psicología y Drogodependencias*. COP Madrid.

MEJIAS E. (1987): «Indicación terapéutica en drogodependencias». *Comunidad y Drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINO A. y MUÑOZ A. (1995): «Historia y situación actual de los programas de mantenimiento de opiáceos: Heroína, metadona, morfina, etc.» *III Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cadiz.

O'HARE (1995): «La reducción de los daños relacionados con las drogas». O'Hare y cols. Barcelona: Ed. Grup Igja.

PARRINO, M.W. (1997): «Manual de Tratamiento con Metadona». Barcelona: (Ed.) Igja.

RODRIGUEZ-MARTOS, A. (1994): «Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona». *Adicciones*, vol.6, n° 4, pags. 353-372.

SHEIGLA MURPHY, Ph.D. y JEANETTE IRWIN, B.A. (1995): «Vivir con un secreto deshonesto» Problemas de Revelación para los Pacientes en Mantenimiento con Metadona. *Revista de Toxicomanías* n° 2, 25-33.