

EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS ASISTENCIALES EN USUARIOS DE METADONA: ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA I PROYECTO DE INTERVENCIÓN

**Autores: Josep Anton Pérez García, M^a José
Lopez garcía, Francisco javier Samper Villar y
Teresa garriga Ramón.**

Lleida

“La función de la ciencia es la de orientar, dar apoyo y contribuir a la elaboración de políticas, pero también es su responsabilidad inalienable criticar, cuestionar y mantenerse en estado de alerta. La ciencia ha de tener una visión más amplia de sí misma que la de limitarse a ser una herramienta obediente de gestión”.

(G. Edwards. 1993.p.13. Oxford: Oxford University Press).

ÍNDICE

1.	.....	Intr
	roducción	
2.	.....	Justificación del
	estudio	
3.	.....	El concepto de calidad
	de vida	
4.	.....
	.Objetivos	
5.	.....	M
	etodología	
6.	.....	Sobre el cuestionario de
	salud SF-36	
7.	.....
	Resultados	
8.	.....	Co
	nclusiones	
9.	.....	Que aporta este
	estudio?	
10	.....	Bi
.		bliografía
11	.....
.		....Anexos

1. INTRODUCCIÓN

Revisando los diferentes modelos de intervención aplicados a las drogodependencias, hay que distinguir la existencia de dos territorios muy diferentes, por un lado el de la asistencia (incluidas todas las formas de tratamiento y reinserción social) y por otro lado el de la prevención. En determinados modelos de intervención los dos modelos comparten algunos componentes, pero a la vez está claro que se trata de dos tradiciones particulares, con dos lógicas evolutivas, dos culturas, dos colectivos profesionales, con dos lenguajes y dos mapas cognitivos diferentes, aunque los dos tengan como referente las drogas y a veces se presten conceptos.

La dependencia a las drogas, y a los opiáceos en particular, es un trastorno grave, incapacitante y crónico, reconocido hace ya tiempo: sin embargo la OMS reconoce, muy a nuestro pesar y especialmente cuando habla de planificación, la existencia de los dos territorios; el primero llamado “tratamiento” i el segundo “prevención”, entendiendo que si bien los citados territorios esta ocupados por “intervenciones concretas con tendencia a evitar la pérdida o alcanzar un estado de salud lo más elevado posible” (OMS 2000). Estas intervenciones se fundamentan en tradiciones diferentes y no exponen definir modelos de intervención comunes para la asistencia y la prevención.

En este momento los diferentes modelos de intervención estan sobre la mesa y se debate constantemente sobre su grado de eficacia. En ocasiones se trata de un debate poco científico, planteado en términos de presencia pública, influenciado por el protagonismo mediático, ya que estos factores se relacionan con el posible volumen de recursos que se pueden obtener. Toma así una gran importancia el tema de la evaluación.

Existen pocas evaluaciones comparativas y muchas evaluaciones internas realizadas des de cada uno de los modelos de intervención en pugna. Como en cada caso los parámetros utilizados son lógicamente diferentes, el resultado es que todos los modelos se presentan a sí mismos como exitosos.

Óbviamente los criterios que definen el grado considerado como exitoso son diferentes en cada caso, pero a la vez demuestran que, excepto que se adopten los

criterios particulares de uno de los modelos, todos ellos tienen alguna cosa a aportar a una sociedad tan compleja.

2. JUSTIFICACIÓN

Desde que Dole & Nyswander iniciaron los dispositivos de tratamiento de metadona en el 1964 como estrategia eficaz en el tratamiento de la dependencia de opiáceos, estos dispositivos de ayuda se han convertido en punto de referencia en el tratamiento. La mayoría de programas consiguen:

- Disminuir la criminalidad en sentido amplio y la morbimortalidad asociada especialmente ligada a HIV/SIDA.
- Liberar a los adictos de la presión por adquirir drogas porque así la rehabilitación social pueda tener lugar.
- Disminuir el consumo de opiáceos ilegales y de mala calidad que afectan su salud aún más negativamente.
- Disminuir conflictividad social.
- Mejora de la situación laboral i social.
- La abstinencia total como una perspectiva de tratamiento más ambiciosa(Iraurgi 1999).
- Incrementar las tasas de adherencia al tratamiento en comparación con los programas de reducción de los daños.
- Atraer a la población de riesgo que aún no se encuentra vinculada a los centros de tratamiento.

No obstante, el estado de salud aún es desolador; en el estado español el 23% de las personas con toxicomanía son portadoras de HIV i 18.000 han muerto (OED, 1998) y la reinserción laboral es muy baja.

3. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

En los últimos años, la necesidad de evaluar los resultados terapéuticos se está convirtiendo una constante en la práctica diaria (1-3).En el ámbito de los trastornos de adicción, existe una amplia literatura(4) centrada en evaluar la efectividad de los programas/intervenciones a través de los criterios llamados duros(hard), como la adquisición de la abstinencia de la droga que genera la demanda y la disminución del consumo de otras sustancias, la reducción de la criminalidad, el aumento de la

actividad laboral (obtención de un trabajo legal), o la reducción de la morbi-mortalidad (reducción de la vía endovenosa, asociada a la infección por VIH, o el número de muertes por sobredosis, p.ej.). Si bien todos estos criterios duros son eficaces, y necesariamente evaluables en los programas de drogodependencias, en muchas ocasiones se muestran insuficientes para valorar el alcance global de las intervenciones. Por eso, el resultado terapéutico de un determinado programa no obedece solo a estos indicadores, de ámbito más social o comunitario, sino centrarse además en la apreciación subjetiva y la respuesta o cambio producido en el propio usuario del programa(2). Es decir, la evaluación de los resultados en la práctica asistencial deben incluir, además de los parámetros biomédicos tradicionales, el punto de vista de los enfermos/usuarios ante su propia capacidad funcional y su bienestar.

Al respecto, algunos grupos han evaluado la efectividad de los programas terapéuticos a través de indicadores de normalización de vida cotidiana y calidad de vida. El concepto de Calidad de Vida(CV) ha sido abordado por diferentes disciplinas(sociología, economía, psicología, medicina, etc.), y si bien cada una ha propuesto interesantes aportaciones según su entender, también han colaborado a la ausencia de una definición clara y operativa del concepto.

Nosotros coincidimos con la aproximación que Ann Bowling (5) realiza al respecto, sugiriendo que básicamente la calidad de vida se identifica como un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal con las circunstancias de la vida. Por otra parte, la OMS (6) realizando un intento de consenso internacional, tanto del concepto como de las dimensiones, definiendo la CV como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores y intereses”. Esta conceptualización expresa que la CV no es equivalente a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que más bien es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre estos y otros conceptos de la vida” (2).

Existen dos aproximaciones principales en la evaluación de la calidad de vida en el ámbito sanitario: 1) la medición del estatus o estado de salud, utilizada por clínicos y

investigadores, y 2) la estimación de la preferencia/valor/utilidad, utilizada por los analistas de la decisión (7). La primera línea de investigación describe estados de salud. Generalmente, evaluamos el funcionamiento en todas o alguna de las áreas de la calidad de vida asociadas a la salud: síntomas, estatus funcional, actividades de rol, estado afectivo, funcionamiento cognitivo, sueño y descanso, energía y vitalidad, percepción de salud y satisfacción general con la vida.

Las escalas de decisión miden preferencias; se basan en la teoría de la utilidad, y buscan obtener tendencias de preferencias de estados de salud, comparados con situaciones de empeoramiento.

Existen algunas medidas genéricas de la CV que se han adaptado a nuestra lengua con resultados satisfactorios (7-9), si bien en la mayoría de los casos los estudios de la validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio están inconcluidos. En el área de las drogodependencias no existen cuestionarios específicos de CV adaptados al problema, si bien diferentes grupos han utilizado instrumentos genéricos para evaluar sus programas (10). Entre los instrumentos de medida de la salud percibida más ampliamente utilizados en la evaluación de los trastornos adictivos se encuentra el Cuestionario de Salud SF-36 (11-15). Éste es un cuestionario genérico de salud diseñado tanto para el uso individual como colectivo. Su calidad ha hecho que sea uno de los índices de salud más utilizados por la comunidad científica lo que le permite la comparación nacional e internacional de los resultados (16-19).

La utilización de estos tipos de cuestionarios estandarizados, aplicados a muestras representativas de una determinada población, permite la generación de valores o normas poblacionales que se utilicen para estimular la salud percibida de la población y su evolución en el tiempo, y sirven sin embargo de referencia para la comparación de las diferencias en el estado de salud (calidad de vida) según las patologías o tratamientos y/o monitorizar procesos de tratamiento(20). Por eso, las normas poblacionales de la salud percibida podrían utilizarse para evaluar cualitativamente y cuantitativamente el impacto de la enfermedad y el beneficio de los procesos sanitarios (20-21).

4. OBJETIVOS

Obtener un Grado de medida objetivo sobre el estado de salud de pacientes en PMM en nuestro centro de trabajo para poder plantear y desarrollar trabajos de mejora asistencial a medio y largo plazo pudiendo comparar con otras comunidades

de enfermos parecidos mediante el cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) SF-36.

5. METODOLOGÍA

- **DISEÑO**

Estudio descriptivo transversal de pacientes atendidos en consulta de enfermería y programa de prevención y promoción de la salud de los drogodependientes (PPSD) en el CAS "X" durante el último cuatrimestre del año 2005.

- **MUESTRA Y PROCEDIMIENTO**

Participan en el estudio 109 pacientes con diagnóstico DSM-IV TR de dependencia a opiáceos y que estén activos dentro del PMM de nuestro centro. Se aplica el cuestionario SF-36 para entrevista individual.

- **VARIABLES Y INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

Todos los participantes fueron entrevistados mediante cuestionario estructurado para personal sanitario. Fueron criterios de inclusión el seguimiento clínico en nuestro centro sanitario y la voluntariedad del paciente para realizar las entrevistas, que se efectuaron previo consentimiento informado. El cuestionario utilizado incluía preguntas destinadas a conocer hábitos de salud y prevención de riesgos, cambios en diferentes áreas psicosociales (relaciones familiares, trabajo, delincuencia, etc.),...; y también se incluía la versión española del cuestionario de salud SF-36 con el objetivo de valorar el estado de salud percibido por los propios participantes. Por el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS en versión 12 (28). Para cada dimensión de salud se han calculado medidas de tendencia central y percentiles y la proporción de individuos con la puntuación máxima (efecto techo) y mínima (efecto suelo) para cada dimensión.

6. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

El cuestionario 'Short-Form (SF) General Health Survey' (22) fué desarrollado para el uso en el Estudio de los Resultados Médicos (MOS) a partir de una amplia batería de cuestionarios que incluía 40 conceptos relacionados con la salud. A partir de este estudio han surgido diferentes versiones del SF, de 12, 20, 36, 42,... ítems, pero la más ampliamente utilizada en investigación y evaluación de los resultados clínicos ha sido el formato de 36 ítems (11, 13, 16-17). El SF-36 ha sido objeto de una

amplia difusión a nivel mundial a través del proyecto IQOLA (International Quality of Life Assessment) y adaptado a más de 15 idiomas (18), convirtiéndose en un instrumento de recomendado uso. Se trata de un instrumento genérico multidimensional que explora la percepción subjetiva del estado de salud y/o calidad de vida relacionada con la salud. Es un instrumento autoadministrado que requiere entre 5 y 10 minutos para llenarse, aunque también puede ser administrado mediante entrevista clínica y incluso telefónicamente.

Los ítems del cuestionario informan tanto de estados positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud, que cubren a la vez dos grandes áreas: el estado funcional o salud física y el bienestar emocional o salud mental. El área de salud física aglutina las siguientes dimensiones: Función Física (FF), limitaciones de Rol por problemas Físicos (RF), Función Social (FS), y limitaciones de Rol por problemas emocionales (RE). Por la otra parte, el área de bienestar emocional incluye las dimensiones de : Salud Mental(SM), Vitalidad (V), Dolor Corporal (D) y Salud General (SG). Además de estas ocho escalas de salud, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto a como era hace un año (CS). En el anexo 1 (Tabla 1) se describen las dimensiones de salud evaluadas por el SF-36 i las respectivas interpretaciones de acuerdo con los resultados bajos o altos para cada escala. Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregando y transformando en una escala con rango des de 0 (peor estado de salud) hasta 100(mejor estado de salud) utilizando algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario (13, 23). Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mayor estado de salud y/o una mejor calidad de vida. El instrumento no ha sido diseñado para generar un índice global; pero permite el cálculo de dos puntuaciones resumen de las áreas genéricas, el Índice de Salud Física (ISF) i el Índice de Salud Mental (ISM), mediante la combinación de las puntuaciones de las dimensiones correspondientes a cada área a las que se ha de aplicar un algoritmo de ponderacion y después ser transformada en puntuaciones T (Distribución con media 50 y desviación típica de 10). Estos índices se obtienen por la estandarización de las puntuaciones de las subescalas utilizando coeficientes ponderados estimados en estudios previos (24-26).

Al igual que en el caso de población estadounidense (13) y inglesa (26-27), existen para población española normas estandarizadas del instrumento SF-36 para la población general (17) y recientemente para población usuaria de programas de metadona (21), con las cuales pueden compararse los resultados de nuestra evaluación.

7. RESULTADOS

Demográficamente, el perfil del paciente que tenemos en nuestro centro es un hombre con una edad media de 38 años y que lleva en tratamiento una media de 92 meses. El núcleo de convivencia está en el 40% de los casos con los padres y minoritariamente con pareja e hijos (16%), aunque un 12% vive solo/a (anexo 2-gráfico 1).

Respecto a la salud, la distribución de seropositividad en virus de hepatitis B (37,5%) y C (49%) así como a VIH (65%) siendo similar a otras poblaciones drogodependientes. No obstante, alrededor del 60% sufren deficiencias en la higiene y enfermedades crónicas asociadas a la falta de las piezas dentarias, aspecto que preocupa mayoritariamente a los pacientes(anexo 2-gráfico 2).

El ámbito laboral ha sido la esfera funcional del individuo más afectada y que en gran medida hace que la integración sea tan deficitaria. El 40% de los participantes trabaja y el 60% restante no trabaja y/o cobra una pensión (4% jubilados; 12% cobra invalidez; 20% cobra PIRMI; 21% cobra PNC; 30% no cobra; 15% otros ingresos) distribuyéndose como muestra el anexo 3.

Esto implica que tenemos un porcentaje poblacional importante que no tiene ningún recurso económico y que por tanto está en vías de marginación y viviendo en condiciones deficitarias.

En el anexo 4 se presentan las propiedades psicométricas y parámetros descriptivos de las diferentes dimensiones del SF-36 por el total de la muestra estudiada (n=109). Las tasas de no respuesta a los ítems fueron consistentemente bajas y inferiores al 1,8%. La fiabilidad conseguida por todas las dimensiones es cercana a 0,70 o superior, mostrando el valor mínimo en el caso de la dimensión de Función Física (0,70) y el valor máximo a la escala de rol emocional (0,88).

La escala de función física obtuvo las puntuaciones más altas y la dimensión de salud general, seguida de cerca por la vitalidad y la salud mental, las más bajas. Los efectos tierra fueron bajos, inferiores al 5%, excepto en el caso de las escalas

de rol emocional (39,4%) y rol físico (21,1%). Los efectos techo fueron muy variables, destacando las escalas de rol físico (47,7%) y rol emocional (38,5%).

Si comparamos los resultados obtenidos con los de poblaciones similares como drogodependientes de la comunidad “Y” se puede apreciar la falta de nuestros pacientes en las dimensiones de salud general y de rol emocional y salud mental (anexo 5).

Las mismas escalas desglosadas por género nos indican una discreta mejora en los roles emocionales y físico en las mujeres y peor en salud general respecto a los hombres. (anexo 6).

Por último, el anexo 7, presenta las diferencias de puntuaciones entre los grupos en función de los dos índices globales: el índice de salud física (ISF) y el índice de salud mental (ISM). En este caso las diferencias entre los grupos vuelven a ser importantes, con una mejora parecida a la p50 de la población general española por lo que hace referencia al ISF pero un gran déficit a nivel del ISM.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo con los estudios revisados, la dependencia a los opiáceos no es el problema principal del drogodependiente, sino el deterioro de la calidad de vida producida por las condiciones del medio social i legal. Los cambios en el consumo de drogas, como consecuencia de los tratamientos, no suponen mejoras en todas las áreas de funcionamiento ni en la misma intensidad.

A partir de las coincidencias entre los resultados obtenidos con las diversas metodologías utilizadas a lo largo del estudio podemos concluir lo siguiente:

1. VALORACIONES EN EL CONTEXTO BIOLÓGICO

Tenemos una población de personas en PMM muy cronificada, con patología infecciosa importante y con una mala percepción propia de salud. Lo que más valoran es poder tener acceso a una mejora de la salud bucal, la razón por la que no la llevan a cabo es la económica. Se trata de un vacío aun no resuelto.

2. VALORACIONES EN EL CONTEXTO PSICOLÓGICO

La salud mental en general y la salud emocional en particular son los aspectos más deficitarios en los usuarios, sobretodo en las mujeres. Seguramente este círculo vicioso de baja autoestima-pocos recursos y déficit económico grave son el sustrato ideal para no poder salir adelante y adquirir una mejora de la calidad de vida global.

3. VALORACIONES DEL CONTEXTO SOCIAL

Ha quedado suficiente clara la situación económica de nuestros pacientes. Existe un gran vacío económico en una población muy necesitada que se encuentra en la mayoría de los casos en situaciones de pobreza. El resto tienen una situación menos precaria pero todo y eso recordamos que los que tienen una paga tipo PIRMI o PNC no llegan a 300 euros mensuales.

4. VALORACIONES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Se aprecia en todos los casos índices de salud inferiores a las poblaciones de referencia, con una menor diferencia en las escalas de salud general y de función física. Existe una calidad de vida física aceptable, no obstante tenemos un remanente importante de pacientes con una calidad de vida emocional muy precaria.

5. VALORACIONES SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDIDA

El cuestionario utilizado es adecuado y aplicable a personas con problemas de adicción; nos permite además de controlar el plan terapéutico establecido y su eficacia, permitiría optimizar recursos en la población y facilitaría el análisis del coste-beneficio de las mismas.

6. VALORACIONES DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Está claro que los PMM por sí solos no mejoran la calidad de vida de forma global. En nuestro caso, haría falta una intervención destinada a promover la motivación general de los usuarios y facilitar y mejorar las áreas de vida más deficitarias. Por todo lo anteriormente citado tenemos que concluir que los programas de tratamiento con metadona (PMM) por sí solos no funcionan y no pueden dar la intervención global que es necesaria en nuestra población: aspectos físicos, psíquicos, sociales, legales, laborales, etc.

A pesar de todo eso no todos los PMM son iguales y influyen de la misma manera en la evolución del individuo; en gran medida se rigen por los llamados “criterios duros” de mantenimiento dentro del programa (hard criteria) que a su vez forman parte de la evolución y objetivos de los mismos programas a lo largo del tiempo. Pero solo basándonos en estos tipos de criterios no es suficiente para evaluar el impacto global de las intervenciones, por lo que se hace necesaria la apreciación subjetiva y la respuesta al cambio en el propio paciente. En este caso siguiendo la alternativa terapéutica más ampliamente utilizada en el abordaje de personas con dependencia a los opiáceos la mayoría de las cuales suelen presentar estados de

salud física muy deteriorados y niveles precarios de adaptación social y en definitiva de la calidad de vida.

9. ¿QUE APORTA ESTE ESTUDIO??

Cuando hablamos de la desintoxicación y deshabituación, señalamos que el primer paso es la eliminación de la dependencia física (desintoxicación). Para alcanzar este primer punto no hay mucha complicación, en el sentido que si se da un tratamiento adecuado y se sigue bien puede realizarse con poco tiempo. Esta parte del proceso puede hacerse desde un Centro de Atención y Seguimiento (C.A.S.), es a partir de la desintoxicación donde tiene que empezar la deshabituación y rehabilitación del individuo, y donde entran en proceso, pues es largo y se necesita una atención y seguimiento continuados.

Entre estos recursos se encuentra el Hospital de Día (de otros serán las comunidades terapéuticas, Pisos de Reinserción,...)

El Centro de Día es un recurso dedicado a la rehabilitación y reinserción social de personas adictas a drogas que ofrece un programa terapéutico integral del fenómeno de la drogadicción, y donde el componente que lo caracteriza es que el proceso de deshabituación se realiza sin romper con el entorno urbano, porque se entiende que no se tiene que añadir una segregación específica a la que ya tiene el propio individuo, y el hecho de estar situado dentro de un territorio urbano favorecerá la utilización de los recursos y servicios existentes en el territorio, respetando su idiosincrasia.

Por tanto se intenta que el individuo consiga la máxima integración socio-laboral así como un correcto equilibrio personal.

Adjuntamos como anexo 8, un programa piloto con objetivo de estudiar nuestra población y mejorar la distribución de recursos y de resultados en consecuencia.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Sederer LI, Dickey B. Outcomes assessment in clinical practice. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.
2. Iraurgi, I. La calidad de vida como indicador de resultados en la clínica de las drogodependencias. E-Boletín. [Instituto para el Estudio de las Adicciones] 1999 Agosto [citado 14 de Diciembre de 2004]. Disponible en:
URL:<http://arrakis.es/iea/boletin/opinion.htm>.

3. Badia X. Avances en Investigación de Resultados de Salud. Barcelona, Edicmac, 2001.
4. Fernández-Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. Med Clin (Barc) 2001; 1166: 150-154.
5. Bowling A. Measuring disease. Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 1995.
6. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. ¿Qué calidad de vida?. Foro Mundial de la Salud 1996; 17: 385-387.
7. Badia X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona. PPU, 1996.
8. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona. Edimac, 1999.
9. Iraurgi I, González-Saiz F. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Aula Médica, 2002.
10. Iraurgi I. Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Toxicomanías. En: Iraurgi I, González-Saiz F. (Eds.). Instrumentos de evaluación en drogodependencias, 481-511. Madrid: Aula Médica, 2002.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-483.
12. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 Health Survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992; 305: 160-164.
13. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
14. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). II. Psychometric and Clinical test of validity in measuring physical and mental health construct. Med Care 1993; 3: 247-263.
15. McHorney Ca, Ware Je, Lu Jfr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form Health Survey (SF-36). III. Test of data quality, scaling assumptions, and realibility accross diverse patient groups. Med Care 1994; 32: 40-66.
16. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776.
17. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de-la-Fuente L. Valores

poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-416.

18. Gandek B, Ware JE Jr. (Eds). Translating functional health and well-being: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project studies of the SF-36 Health Survey. Special Issue. *J Clin Epidemiol* 1998; 51, 891-1214.

19. Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, Bjorner J, et al. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1149-1158.

20. Alonso J. Medidas de salud. En: Del Llano J, et al (Eds.). *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1997.

21. Iraurgi I, Poó M, Markez I. Valoración del índice de salud SF-36 en usuarios de Programas de Metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 609-621.

22. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; 26, 724-735.

23. IMIM - Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Manual de puntuació de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. [Citado 14 de abril de 2004]. <http://www.imim.es/imim/cas/c-QQV.htm>.

24. Ware JE, Kosinski M, Keller S. SF-36 physical and mental summary scales: a user's manual. Boston, MA, The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

25. Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995; 33: AS264-AS279.

26. Jenkinson C. (1999). Comparison of UK and US methods for weighting and scoring the SF-36 summary measures. *J Pub Health Med* 1999; 21: 372-376.

27. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ* 1993; 306: 1437-1440.

28. Norusis MJ. *Statistical Package for the Social Sciences*. Release 10. Chicago:SPSS Inc, 2000.

11. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1					
Subescalas (dimensiones) del índice de salud SF-36, e interpretación de los resultados					
Área	Dimensiones	Nº de ítems	Descripción de las dimensiones	Significado de los resultados	
				Baja puntuación	Alta puntuación
Estado Funcional - Salud Física	Función Física	10	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
	Función Social	2	Grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales
	Rol Físico	4	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
	Rol Emocional	3	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Bienestar Emocional	Salud Mental	5	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
	Vitalidad	4	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
	Dolor	2	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
Salud General	Salud General	5	Evaluación personal de la propia salud respecto a sí mismo o a los demás	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buena / excelente
Cambio / Transición de la Salud	Cambio / Transición de la Salud	1	Percepción del cambio de salud en el tiempo	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Adaptada de Ware y Sherbourne, 1992 (11) / Trautvi, 2002 (10)

ANEXO 2

Gráfico1. Convivencia

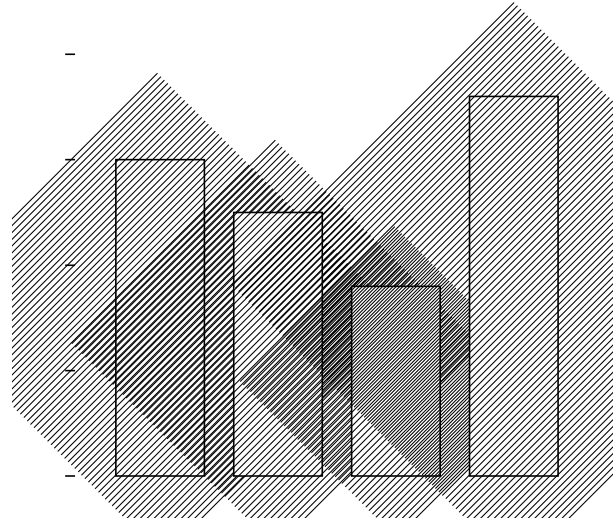
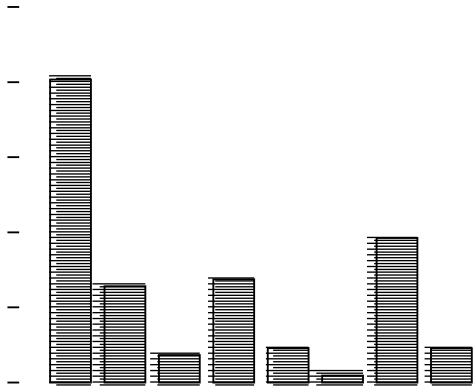
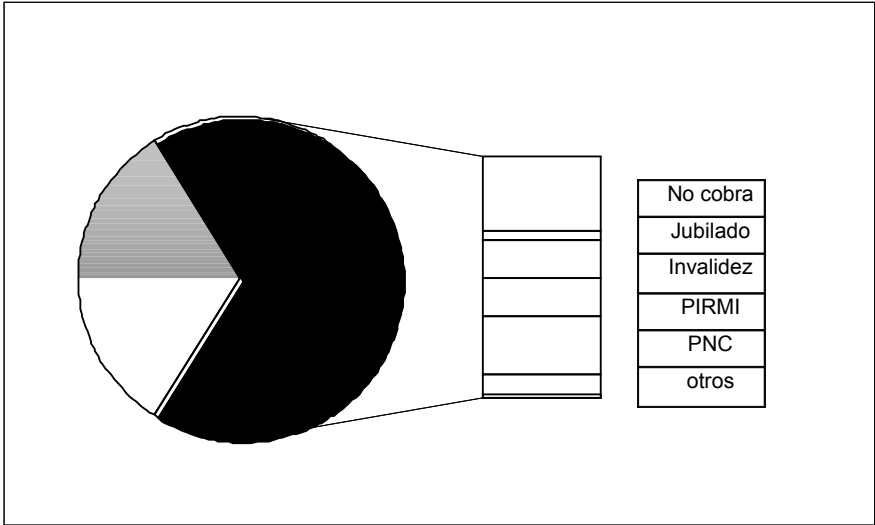


Gráfico2. Salut bucodental

ANEXO 3



ANEXO 4

	% NO Respuesta	Alfa de Cronbach	Rango observado	Media	DE	Mediana
Función física	0	0.87	0-100	81.51	19.9	90
Rol físico	0	0.87	0-100	63.53	40.9	75
Dolor	0.9	0.82	0-100	65.82	30.1	72
Salud general	0.9	0.73	0-100	44.03	22.1	42
Vitalidad	0	0.80	0-100	46.69	22.4	45
Función social	0	0.70	0-100	66.51	30.8	75
Rol emocional	0	0.88	0-100	49.23	45	33.3
Salud mental	1.8	0.80	0-100	46.61	20.4	44

Tabla 1. Propiedades psicométricas

	FUNCION FÍSICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
TOTAL								
Media	81.51	63.53	65.82	44.03	46.69	65.51	49.23	46.61
Mediana	90	75	72	42.00	45.00	75.00	33.33	44.00
Rango observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
% puntuación máx. (100)	25.7	47.7	31.2	0.9	1.8	28.4	38.5	0
% puntuación mínima (0)	0	21.1	2.8	0	1.8	4.6	39.4	0.9
HOMBRES								
Media	82.56	69.07	66.12	42.43	47.43	67.43	53.51	46.32
Mediana	90	100	72	42	45	75	66.67	44
Rango observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
% puntuación máx. (100)	20.2	36.7	18.3	0.9	0.9	21.1	29.5	0
% puntuación mínima (0)	0	12	1.8	0	1.8	2.8	24	0
MUJERES								
Media	78.22	49.19	66.13	47.16	43.87	64.11	36.56	46.45
Mediana	80	25	72	40	40	62.50	0.000	44
Rango observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
% puntuación máx. (100)	4.6	10.1	12	0	0.9	7.3	8.3	0
% puntuación mínima (0)	0	9.2	0	0	0	1.8	15.5	0.9

Tabla 2. Escalas del cuestionario SF-36

ANEXO 5

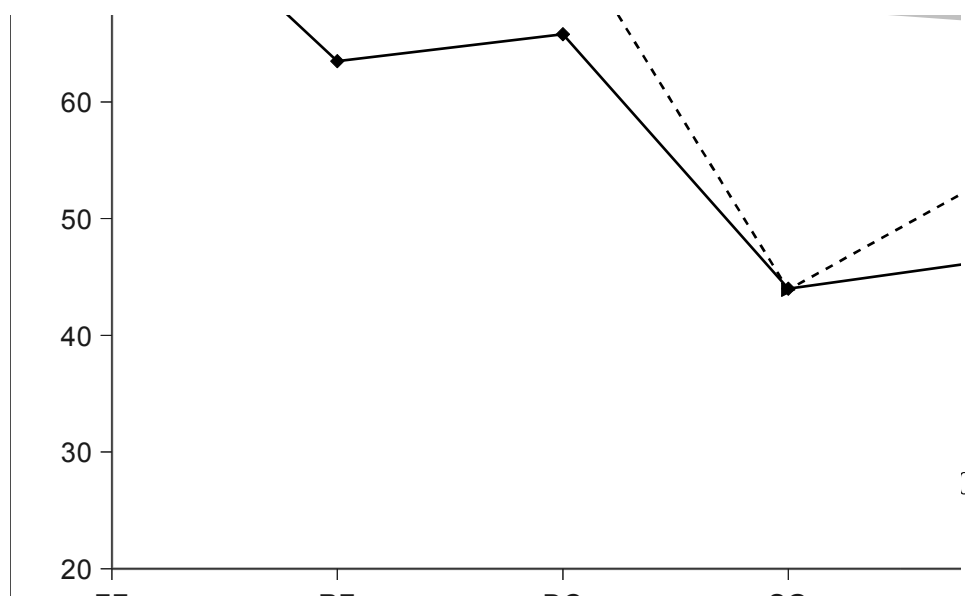


Gráfico4. Comparativa de las poblaciones

ANEXO 6

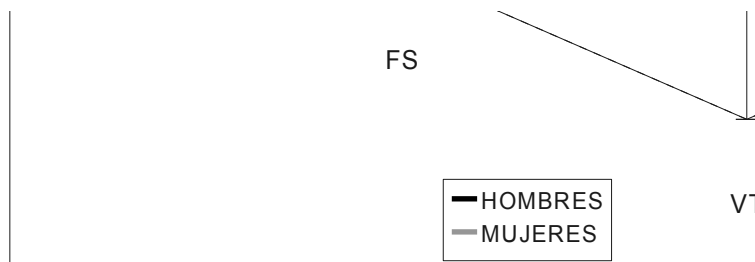


Gráfico5. Escalas diferenciadas por género

ANEXO 7

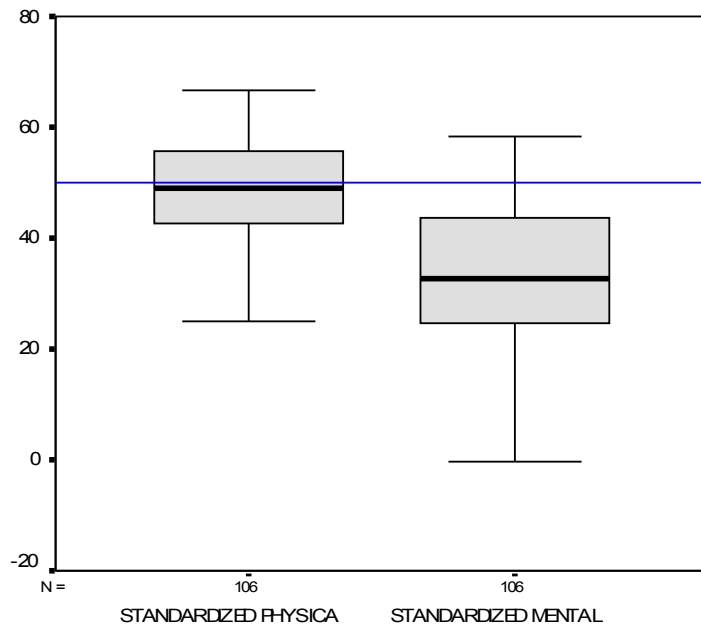


Gráfico6. Indices Estandarizados

PROGRAMA PILOTO DE INTERVENCIÓN EN HOSPITAL DE DÍA DE DROGODEPENDENCIAS

ÍNDICE

1.	INTRODUC
CIÓN	

2.DEFINICIÓN DEL RECURSO
3.DESTINATARIOS
 - a. CRITERIOS DE ADMISIÓN
 - b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
4.PROCEDIMIENTO DE ACCESO: DERIVACIÓN-INGRESO
5.OBJETIVOS GENERALES
6.ÁREAS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 - a. ÁREA SANITARIA
 - b. ÁREA FORMATIVA - LABORAL
 - c. ÁREA JUDICIAL
 - d. ÁREA FAMILIAR
 - a. ÁREA DE RELACIONES SOCIALES
 - b. ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE
 - c. ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL
 - d. INFORMACIÓN
7.ACTIVIDADES
8.METODOLOGÍA
 - a. DURACIÓN DEL PROCESO
 - b. TIPO DE ALTA
 - c. REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO

1. INTRODUCCIÓN

Los programas de tratamiento con metadona son tratamientos efectivos dentro de los tratamientos farmacológicos de sustitución entre la población adicta a la heroína. No obstante estos tratamientos han sufrido cambios filosóficos los cuales han obligado a reformular objetivos y intervenciones para una mejora de estos tratamientos.

En los años 80 el objetivo primordial de los tratamientos con metadona en nuestro país era el de abstinencia a drogas ilegales. La dificultad de conseguir esta, juntamente con la proliferación de diversas enfermedades infecciosas y el respectivo conflicto personal y social que comporta el uso de sustancias ilícitas, hacen replantear en los años 90 cambios de objetivos terapéuticos en los tratamientos de metadona y que se enumeran de la siguiente manera:

1. Disminución de la mortalidad y la morbilidad
2. Disminución de la prevalencia de las enfermedades infecciosas
3. Aumento de la adherencia de los pacientes en tratamiento
4. Disminuir los problemas legales
5. Aumentar la calidad de vida (CV)
6. Conseguir la abstinencia a medio o largo plazo

Después de 10 años de los cambios de objetivos en el tratamiento observamos que realmente se consigue disminuir el consumo de heroína, con la respectiva disminución de conductas de riesgo derivadas del mismo, disminuyendo de manera prudente las nuevas infecciones. También se disminuye la actividad delictiva y se aumenta de manera espectacular la adherencia de los pacientes en tratamiento. En relación a la calidad de vida, no disponemos de datos que nos ayuden a evaluar este parámetro en los tratamientos con metadona a personas adictas a la heroína y su impacto a la largo de la enfermedad.

Muchos autores han intentado conceptualizar la CV desde diferentes perspectivas y en la actualidad no existe una sola definición al respecto, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS, grupo WHOQOL, 1994), define la CV de una persona como “la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto cultural y el sistema de valores de donde vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.” Además, añade que este término es determinante en la salud.

Schumaker i Naughton definen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades que sean importantes para el individuo.

Los puntos de consenso sobre la CVRS que la OMS (en el grupo WHOQOL, 1995) consigue son:

- 1- Que es subjetiva
- 2- Es multidisciplinar
- 3- Incluye sentimientos positivos y negativos

4- Es variable en el tiempo

El presente PROYECTO PILOTO es derivado de la duda que teníamos en cuanto a la mejora de la CV en muchos de los pacientes con tratamiento con metadona y que solo se pueden beneficiar de este recurso en nuestro centro de drogodependencias.

Su objetivo es estudiar nuestra población, con sus enfermedades y dificultades específicas, con la finalidad de poder planificar mejor, asignar mejor los recursos o reclamarlos, priorizar, evaluar la política de drogas y después compararlo con otras poblaciones.

2. DEFINICIÓN DEL RECURSO

El hospital de Día (HD) es un espacio terapéutico en el que se realizan intervenciones socio-educativas en régimen abierto, complementarias a los programas asistenciales, encaminadas a favorecer la incorporación social de personas con problemas de drogodependencias i adicciones en proceso de tratamiento.

3. DESTINATARIOS

- Personas con problemas de drogodependencias i adicciones en tratamiento en un CAS.
- Familiares de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones atendidas en el HD.
- Personas de la comunidad donde se situa el HD que pidan información en materia de drogodependencias y adicciones.

a. CRITERIOS DE ADMISIÓN

Aquellos usuarios que se encuentren en tratamiento en un CAS

Usuarios derivados mediante Protocolo específico desde un CAS o recurso perteneciente a la Red de Salud Mental y Drogodependencias de "X".

Usuarios mayores de edad.

Manifiestar voluntariedad por parte de los usuarios en la realización del proceso.

Se admitiran a todas las personas independientemente del sexo y orientación sexual.

b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Presentar enfermedades orgánicas, trastorno de la conducta o trastorno psíquico en fase aguda que imposibilite la integración en el proceso y la relación con otros usuarios y miembros del equipo.

4. PROCEDIMIENTO DE ACCESO: DERIVACIÓN - INGRESO

El acceso a un CD se realiza únicamente a través de un CAS.

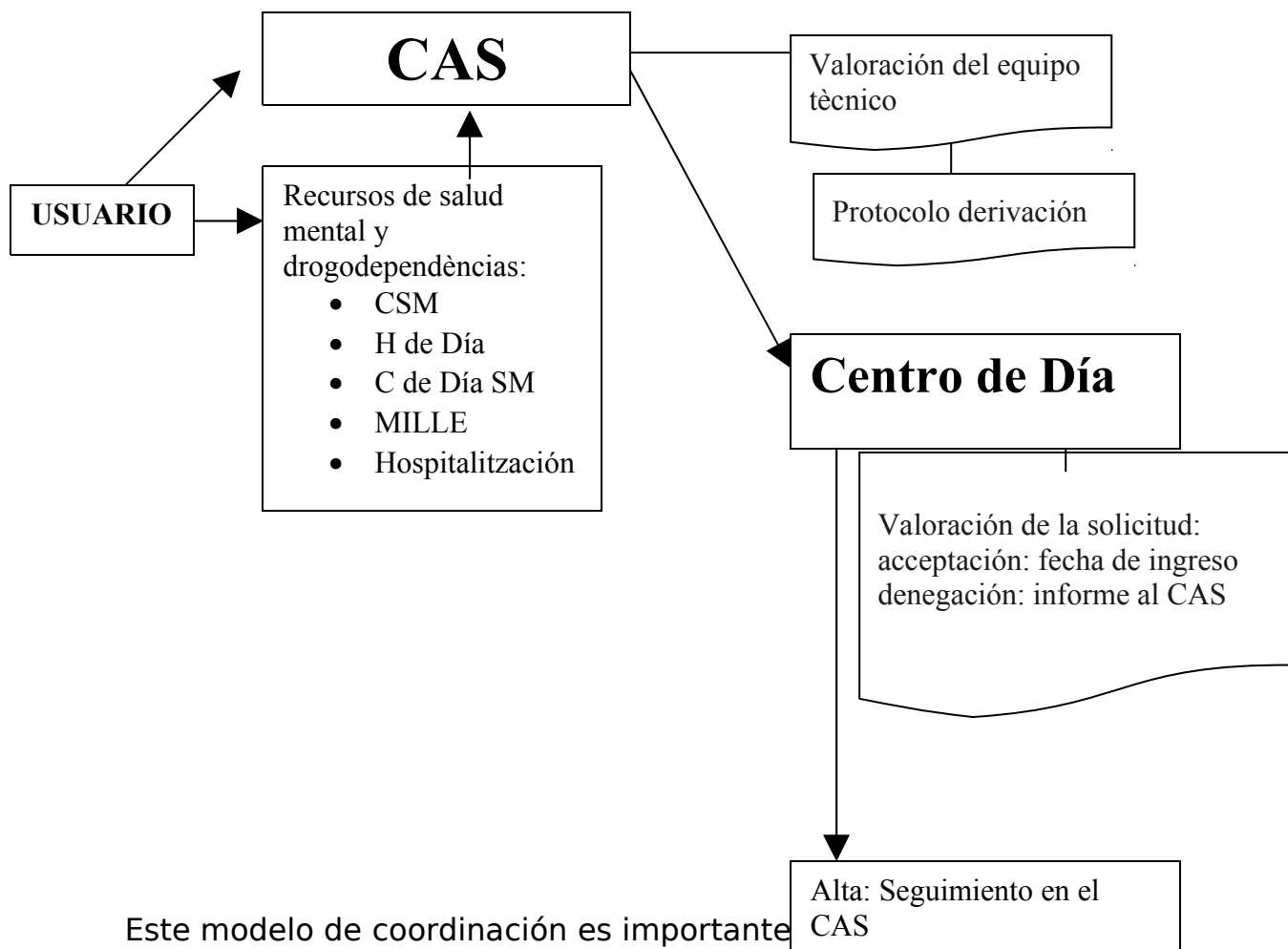
Una vez valorada la idoneidad de la derivación a HD por el equipo terapéutico del CAS se informará, amplia y detalladamente al usuario, sobre el HD a través de trípticos informativos, videos, etc., que permitan un conocimiento previo del recurso al que será derivado, facilitando así su posterior integración y aceptación del recurso HD.

A continuación se ha de cumplimentar inexcusablemente un único protocolo de Derivación a Centro de Día y hacer llegar a sus técnicos. La documentación que se especifica en el protocolo tiene que estar suficientemente actualizada y completa para facilitar el trabajo a los profesionales del HD.

Los criterios de acceso a HD estaran finalmente en función de la capacidad del HD, la indicación del terapeuta de referencia del CAS y la fecha de recepción del protocolo.

Se entiende que durante el proceso a HD, tiene que existir una perfecta coordinación y seguimiento que implica la colaboración del CAS y del HD.

Se puede observar este procedimiento en el siguiente circuito:



Este modelo de coordinación es importante para un buen seguimiento del usuario desde los dos dispositivos. Será necesario el intercambio permanente de información durante el

proceso de intervención del usuario, teniendo como premisa que la intervención de referencia psicológica, sanitaria y social, se continuará realizando en el CAS.

Así mismo, se tendrán que seguir las siguientes instrucciones:

- a. En función de las tipologías de altas se procederá de la siguiente manera:
 - Altas terapéuticas: el CD comunicará mediante fax. Al CAS de referencia (si no son el mismo equipo), con 15 días de antelación de la fecha prevista de alta, para continuar el tratamiento.
 - Abandono, Alta disciplinaria y Alta derivada: el CD comunicará de manera inmediata por fax, al CAS de referencia.
 - Los CD tendrán que enviar a los CAS de referencia (si los profesionales no son el mismo equipo):
 - Un informe de integración-evolución del usuario al mes del inicio del proceso.
 - Un informe de alta (independiente del tipo de alta) que será enviado de manera inmediata.

5. OBJETIVOS GENERALES

- Promover estrategias específicas de intervención para facilitar la estabilización personal y la normalización social de personas con problemas de adicción
- Mantener la abstinencia
- Atender las necesidades de información, asesoramiento, orientación y formación de los familiares de las personas con problemas de adicciones atendidas en el CD.
- Promover que la comunidad facilite el proceso de incorporación social y admita en los recursos normalizados a personas con problemas de adicciones
- Atender las necesidades de información de las personas con adicciones y de la comunidad en general

6. ÁREAS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **ÁREA SANITARIA**
 - Fomentar la adquisición y mantenimiento de actitudes que favorezcan un estilo de vida saludable

- **ÁREA FORMATIVA LABORAL**
 - Continuar facilitando la adquisición y desarrollo de hábitos normalizados
 - Facilitar la formación pre-laboral
 - Capacitar al usuario para la búsqueda activa de trabajo.
 - Potenciar la formación técnica y la capacitación profesional adaptada a las necesidades y capacidades del usuario y a las demandas del mercado laboral y establecer estrategias para facilitar el acceso del usuario a un trabajo.
 - Ayudar a conocer la dinámica del mercado laboral y los mecanismos de los sistemas de trabajo.
 - Informar, orientar y acompañar para el conocimiento y el acceso a los recursos y programas formativos-laborales de la comunidad.
 - Fomentar la adquisición o mejora de la formación académica de los usuarios.
 - Fomentar la coordinación y la utilización de los recursos normalizados de incorporación laboral (CIFO, Institut Salvador Seguí...)

- **ÁREA JUDICIAL**
 - Informar, asesorar y orientar sobre los Servicios específicos de esta área.

- **ÁREA FAMILIAR**
 - Fomentar la participación activa y implementación de la familia como apoyo a la rehabilitación y incorporación social del usuario.
 - Ayudar a favorecer el desarrollo de pautas de convivencia normalizada y/o establecer o recuperar las relaciones familiares.
 - Dotar a la familia de los conocimientos, técnicas y habilidades necesarias para conseguir un cambio en la dinámica familiar, que les ayude a afrontar adecuadamente el problema de las adicciones

- **ÁREA DE RELACIONES SOCIALES**

- Favorecer la adquisición o recuperación de comportamientos, actitudes y habilidades personales que permitan al usuario establecer y mantener relaciones normalizadas.
- Informar, orientar y motivar hacia la utilización de recursos normalizados que li permitan crear un sistema adecuado para su integración en la comunidad.
- **ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE**
 - Informar, orientar y motivar para la participación en actividades culturales, lúdicas y deportivas.
 - Orientar y entrenar en la planificación y estructuración de tiempo libre.
 - Fomentar la adquisición y mantenimiento de actividades para el aprovechamiento del tiempo libre.
- **ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL**
 - Afavorir l'autonomia personal i la participació social.
 - Afavorir el desenvolupament de potencials i l'adquisició i manteniment d'estratègies i habilitats que facilitin la incorporació social en un estil de vida normalitzat.
 - Entrenament en estratègies, tècniques i habilitats que afavoreixin la maduració personal.
 - Promoure l'acompanyament de l'usuari en el manteniment de l'abstinència.
 - Favorecer la autonomía personal y la participación social.
 - Favorecer el desarrollo de potenciales y la adquisición y mantenimiento de estrategias y habilidades que faciliten la incorporación social
- **INFORMACIÓN**
 - Proporcionar estrategias para facilitar a la población general la adquisición de hábitos y conductas saludables.
 - Orientar las demandas asistenciales que se realicen.

7. ACTIVIDADES

- **ÁREA SANITARIA**
 - Actividades de educación y promoción de la salud.
 - Talleres de reducción de riesgos y daños, etc...

- **ÁREA SOCIAL**
 - Coordinación con los recursos y programas generales y específicos de incorporación social para facilitar el conocimiento y acceso a los mismo.
 - Familiar: acogida, entrevistas, escuela de padres, etc.
 - Otras actividades específicas que sean adecuadas segun las circunstancias sociales.
 - Coordinación con los recursos normalizados destinados a ocio y tiempo libre.
 - Parcicipación en actividades culturales, lúdicas y deportivas propias o de la comunidad.

- **ÁREA FORMATIVA**
 - Información y motivación para la formación reglada y no reglada.
 - Coordinación y seguimiento de la educación permanente de adultos.
 - Entrenamiento en técnicas de estudio, etc...

- **ÁREA LABORAL**
 - Sobre aspectos del mundo laboral (sectores emergentes, productivos, bolsas de trabajo, modalidades de contrato, etc...).
 - Formación y asesoramiento en: auto-trabajo, cooperativismo, empresas de inserción, etc.
 - Entrenamiento en técnicas de búsqueda de trabajo.
 - Realización de intermediario laboral.

- **ÁREA PERSONAL**
 - Prevención de recaídas.
 - Entrenamiento en relajación.
 - Entrenamiento de habilidades sociales.
 - Educación en valores.
 - Trabajos de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
 - Entrenamiento en autocontrol.
 - Mejora de autoestima.
 - Taller de desarrollo personal.
 - Otros...

- **ÁREA DE INFORMACIÓN**

- Charlas informativas.
- Organización de jornadas, encuentros, exposiciones, etc.

8. METODOLOGÍA

El objetivo fundamental de un centro de día es la incorporación total de las personas con problemas de drogodependencia i adicciones.

La metodología para conseguir este objetivo nace de los siguientes planteamientos:

- Dar protagonismo al usuario en su proceso de incorporación social, desarrollando este proceso de manera personalizada y dinámica.
- La comunidad es un elemento fundamental en el proceso de incorporación social, ya que dispone de numerosos y diversos recursos. Por eso es necesario mantener una coordinación adecuada con las instituciones y entidades que la forman.
- Es prioritaria la sensibilización y el incentivo de empresas y recursos comunitarios, así como la formación para la ocupación.

Las áreas prioritarias de actuación son:

a. Individual

Las intervenciones se realizarán mediante el diseño secuencial de itinerarios de incorporación social flexibles y personalizados (adaptados a las necesidades, ritmos y niveles de incorporación social, perfil del usuario y a las características específicas del entorno) con la participación activa del usuario promoviendo la coordinación con otras instituciones y organismos de la comunidad, para desarrollar intervenciones complementarias y adaptadas a la realidad de cada comunidad que finalmente se concretarán con acuerdos de incorporación social.

Sin embargo se realizará un seguimiento para la revisión y priorización de los objetivos planificados en las tutorías que se programen y el acompañamiento de aquellos usuarios que lo necesiten.

Instrumentos: entrevistas, historia social, ficha de seguimiento y evaluación, escalas psicométricas, cuestionarios, etc.

b. Grupal

El desarrollo de programas grupales se hará por módulos para que los usuarios se incorporen sin necesidad de esperar su inicio o favorecer que puedan desarrollar exclusivamente alguno de ellos.

Instrumentos: los específicos en función del programa a desarrollar.

En general se podrán realizar diferentes intervenciones según el nivel de incorporación social de los usuarios. En cada nivel se abordarán diferentes áreas y objetivos. A la vez estas áreas

engloban diversas actividades que el usuario inicia o desarrolla en función de las necesidades y perfil:

- intervención básica

Dirigida a personas con problemas de drogas y adicciones con capacidad para mantener una abstinencia mínima, ya que presentan consumos esporádicos y necesitan el aprendizaje de habilidades y estrategias en un contexto normalizado por una evolución favorable del proceso.

- intervención global

Dirigida a personas con problemas de drogas y adicciones con un estilo de vida normalizado, pero que presenten dificultades en áreas determinadas para su incorporación social, y necesiten aprendizajes y entrenamientos específicos en estas áreas.

a. DURACIÓN DEL PROCESO

Los criterios de la duración del proceso de intervención irán ligados a las necesidades del usuario, nivel y ritmo de incorporación social, objetivos del proceso, perfil del usuario e intervenciones a realizar, aunque como norma general la duración del proceso no debe superar los 9 meses. Se considera duración del proceso el comprendido desde el día de acceso al CD hasta el alta del tipo que sea.

En el caso que supere el tiempo anteriormente citado, el CD se coordinará con el CAS de referencia e informará por escrito de los motivos del alta y la circunstancia que la provoca.

b. TIPO DE ALTA

Se consideran los siguientes tipos de alta:

1. TERAPÉUTICA: se produce en el momento que el paciente ha alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos.
2. DERIVADA: se producirá cuando el usuario sea derivado a otro dispositivo antes de finalizar el proceso de intervención, por causas sanitarias, familiares o judiciales, ajenas al usuario o al equipo. En este caso cuando finalice esta circunstancia, el usuario podrá continuar con su proceso produciéndose el acceso al mismo CD.
3. DISCIPLINARIA: cuando el usuario cumpla alguno de los criterios especificados por el alta disciplinaria. En estos casos, el usuario

- será derivado a su CAS de origen para que continúe el proceso de tratamiento. Se considerarán criterios de alta disciplinaria los siguientes:
- a. Promover o participar en agresiones y discusiones violentas.
 - b. Introducir y/o consumir dentro del recurso cualquier tipo de droga, excepto tabaco y la medicación prescrita, así como realizar actividades relacionadas con adicciones comportamentales.
 - c. Transgresión continuada de los compromisos adquiridos en el consentimiento informado.
4. ABANDONO: cuando el usuario comunique su intención de no acudir más al recurso o bien no asiste al mismo durante un tiempo determinado, sin causa justificada que tanto el CAS con el CD estimen como susceptible de considerar abandono.
5. EXITUS

c. REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO

El reglamento de régimen Interno (RRI) tendrá que estar a disposición de los usuarios.

Aunque se necesiten unas normas de convivencia en toda comunidad de personas, no se puede olvidar lo anteriormente expuesto en el principio general segundo, de igualdad y universalidad, en lo referente al trato humano y digno a la persona con problemas de adicciones. El RRI tiene que respetar la intimidad y la libertad de la persona en cuanto a la forma de vestir, ideología y religión, relaciones con los familiares, etc.

- DERECHO DE LOS USUSARIOS
 - A no continuar el seu procés si així ho desitja.
 - A no ser discriminados por razón de raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
 - A que se respete su personalidad, dignidad humana e intimidad.
 - A la confidencialidad en cualquier información relacionada con su proceso de intervención, excepto si existe una petición judicial de algún dato de su historia clínica.
 - A la atención individualizada según sus necesidades específicas, proporcionándole una asistencia técnica correcta con los medios profesionales disponibles.
 - A recibir información respecto a su proceso, pudiendo participar en la toma de decisiones.
 - A conocer los circuitos formales para formular las quejas, y sugerencias, teniendo que existir unas hojas de reclamaciones así como un buzón de sugerencias.
- OBLIGACIONES DE LOS USUSARIOS

- Conocer, respetar i cumplir las normas establecidas en el RRI.
- Participar en las actividades que se programan en el CD.
- Respetar a los profesionales encargados de la atención al usuario, así como las decisiones que se tomen durante su proceso.
- OBLIGACIONES DE LOS FAMILIARES
 - El familiar responsable tiene derecho a conocer y cumplir las indicaciones que se establecen para la correcta atención a los usuarios
 - El familiar responsable tendrá derecho a ser informado sobre el proceso de intervención (previo consentimiento informado del paciente), asistir i participar en las entrevistas que se concerten, así como a recibir información de las decisiones urgentes que haya que tomar en relación al usuario, y de las que pueden incidir en la salud o situación del mismo.
- REGLAS DE FUNCIONAMIENTO
 - En este apartado aparecerán las normas específicas que cada CD establece, en función de las actividades, la estructura física del recurso, etc. Estas reglas no tienen que ir en contra de los derechos y deberes de los usuarios, ni de la filosofía del proceso de intervención en el CD.
- ADMISIONES Y BAJAS
 - Aquí se harán constar los criterios de admisión, así como los criterios de alta.
 - Aquí se harán constar los criterios de admisión, así como los criterios de alta.
- HORARIO DEL CD
 - Cada CD reflejará el horario de las diversas actividades, aunque la asistencia de los usuarios estará en función del itinerario planificado.
 - Como norma general, el CD estará abierto un número de horas al día suficientes para adaptarse a las necesidades de todos los usuarios.