

# LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

María del Prado Bermúdez Langa

Psicóloga CTA de Cádiz  
Servicio Provincial de  
Drogodependencias de Cádiz  
Excma. Diputación Provincial

# La Intervención Asistencial.

## Introducción:

- El SPD ha diversificado su actuación con la comarcalización de los CTA.
- La estructura requiere un Programa que de coherencia y unidad a la intervención.
- El Programa sigue las directrices de la:
  - Dirección General para las D y A.
  - La Jefatura del Servicio,
  - Las que se deriven de las reuniones de Directores.

# La Intervención Asistencial.

- Es un modelo flexible.
- Da cobertura a las demandas.
- Facilita el acceso de los pacientes.
- Da un servicio de calidad.



# La Intervención Asistencial

## Principios Básicos:

- **Individualización.** Plan de Tratamiento Individual (P.T.I.)
- **Flexibilidad.** Adaptándose en cada momento a las necesidades
- **Integralidad.** Modelo Biopsicosocial.
- **Participación.**
- **Diversificación.** ( Incrementando programas y recursos).
- **Complementariedad.**
- **Confidencialidad.**



# La Intervención Asistencial.

## Objetivos Generales:

- Atender con un modelo biopsicosocial, coordinado con La Red Sanitaria y S. Sociales
- Orientar y asesorar a las familias y usuarios.
- Facilitar la Dex. Deh. y tratamientos con sustitutos.
- Favorecer la maduración personal y social
- Prevenir y reducir los problemas asociados.

# La Intervención Asistencial

## Objetivos Específicos.

- **Área biológica.**

- Atender la sintomatología del SAO.
- Prevenir y atender patología orgánica y psiquiátrica.
- Incluir en tratamientos sustitutivos.
- Educación para la salud.

# La Intervención Asistencial.

## ○ **Área psicológica:**

- Motivar al paciente para concienciar.
- Motivar a la familia para participar.
- Negociar objetivos y estrategias.
- Extinguir conductas y enseñar nuevas.
- Manejar la ansiedad, autoestima, autoeficacia y autocontrol.
- Enseñar habilidades S, técnicas asertivas
- Analizar y prevenir recaídas.



# La Intervención Asistencial.

- **Área Social.**

- Conocer y orientar aspectos educativos, judiciales, vivienda....
- Intervenir durante el proceso en las circunstancias judiciales, sociales, administrativas...que estén afectadas
- Seguimiento de los objetivos y metas.
- Exploración de la dinámica familiar y su entorno para intervenir ante el riesgo.

# La Intervención Asistencial.

- **Área Educativo-Ocupacional.**

- Fomentar el aprovechamiento del T. Libre
- Facilitar las Formación en lo educativo y prelaboral.
- Normalizar los hábitos del usuario.

# La Intervención Asistencial.

## Usuarios

- Personas con abuso o dependencia a drogas y adicciones comportamentales.
- Familiares.
- Cualquier sector social.
- Con complicaciones sociales, orgánicas, psiquiátricas....
- Vías de acceso: Directamente al C.T.A. o por teléfono. Derivados por S. Salud, S. Judicial, Colectivos, S. Sociales Comunitarios. Etc.
- Horario: De lunes a Viernes de 9h. A 14.
- Atención no demorable: Menores, Embarazadas, Emergencia social, Personas de Prisión, Otros CTA, Hospital, CT.



# La Intervención Asistencial. Coordinación.

- **Área de Salud:** A.P., S.M., A.  
Hospitalaria. Organismos gestores.
- **Área Social:**
  - S. Sociales: Comunitarios.
  - S. Sociales Especializados:
    - Emergencia Social
    - Infancia y familia
    - Atención a la Mujer
    - Atención a la juventud.
    - Minusválidos.
    - Organismos no Gubernamentales
    - Asociaciones

# La Intervención Asistencial.

- **Área Laboral:**

Delegación Provincial de Empleo.

Centro de orientación Laboral y Empleo.

Corporaciones Locales y Empresas.

- **Área Educativa-Formativa:**

Centros de Formación Profesional.

INEM

Escuelas Talleres.

# La Intervención Asistencial.

## Características:

- ◉ Se estructura en las fases de:
  - Recepción.
  - **Acogida. Análisis de la Demanda.** Valoración diagnóstica.
  - Desintoxicación.
  - Deshabitación.
  - Rehabilitación e Incorporación Social.



# La Intervención Asistencial.

- ⦿ Se da atención personalizada ofertando recursos y programas.
- ⦿ Con abordaje interdisciplinar.
- ⦿ Coexistencia de dos modelos de trabajo; T. de referencia o director del caso.
- ⦿ Se aplica a todas las conductas adictivas.

# Acogida. Objetivos:

- ⦿ Analizar la demanda, qué es lo que quiere, cómo .... tanto del paciente como familiar.
- ⦿ Informar sobre el funcionamiento, actividades y características del recurso.
- ⦿ Proponer un marco referencial donde va a tener lugar la relación: normas, pasos a dar tiempo....
- ⦿ Recoger datos para fibat, consentimiento..
- ⦿ Propuesta de analítica, recogida muestra orina y otros datos.
- ⦿ Estimular y motivar en un clima de dialogo.

# La Entrevista.

## INTRODUCCIÓN:

- Se mezclan elementos de la relación humana con elementos técnicos.
- Se da la función de recogida de información.
- La función Relacional.
- La función Educativa.



# La Entrevista.

## ASPECTOS CUALITATIVOS:

- Calidez.
- Empatía.
- Respeto.
- Concreción.
- Asertividad.
- Reactividad.

# La Entrevista.

## COMUNICACIÓN NO VERBAL:

- Dan información para el diagnóstico de la situación y matizan la relación T-P
- Gestos.
- Posición del cuerpo.
- Cómo se habla.
- Reacción a preguntas
- Paralenguaje.

# La Entrevista Semiestructurada

## ○ **Parte Exploratoria.**

- ✓ El objetivo es establecer la relación.
- ✓ Se clarifica la demanda.
- ✓ Se obtienen datos para el problema.
- ✓ Se conocen las expectativas del paciente.
- ✓ Técnicas.

## ○ **Parte Resolutiva:**

1. Informativa.
2. Negociadora.

# La Entrevista Semiestructurada.

## ⦿ **Parte Exploratoria. Técnicas que se usan:**

- Recibimiento cordial.
- Preguntas abierta.
- Delimitación del motivo de consulta.
- Apoyo narrativo.
- Obtener información específica.
- Errores.



# La Entrevista Semiestructurada

## ⦿ **Parte Resolutiva: Informativa**

### □ Normas básicas:

- Enumerar el problema.
- Informar sobre naturaleza.
- Acodar un plan preventivo.

### □ Consideraciones:

- Una correcta información no garantiza conducta saludable.
- No se cambian hábitos por la información.
- No hacer caso no significa que no se entienda.
- Explicar no es igual a educar.
- Un consejo no va implícito que hagan caso.

# La Entrevista Semiestructurada.

## □ Técnicas Formales.

- Frases cortas
- Vocabulario neutro. Cuidado con lo que evocan emoción. “ Alcohólico versus problemas con el alcohol.”
- Evitar tecnicismos.
- Dicción clara y sin intención.
- Complemento visual, táctil.
- Bidireccionalidad. Al participar se saben las creencias, expectativas que ayudan a adecuarnos.

# La Entrevista Semiestructurada

- Técnicas Conceptuales.
  - Enunciación
  - Ejemplificación
  - Racionalidad
  - Comprobar asimilación.
- Información a los Adolescentes.
  - Mejor recomendaciones, no consejos.
  - Tratarlos como adultos.
  - Negociar de qué informaremos a padres.
  - Darles la responsabilidad.

# La Entrevista Semiestructurada.

## □ Errores.

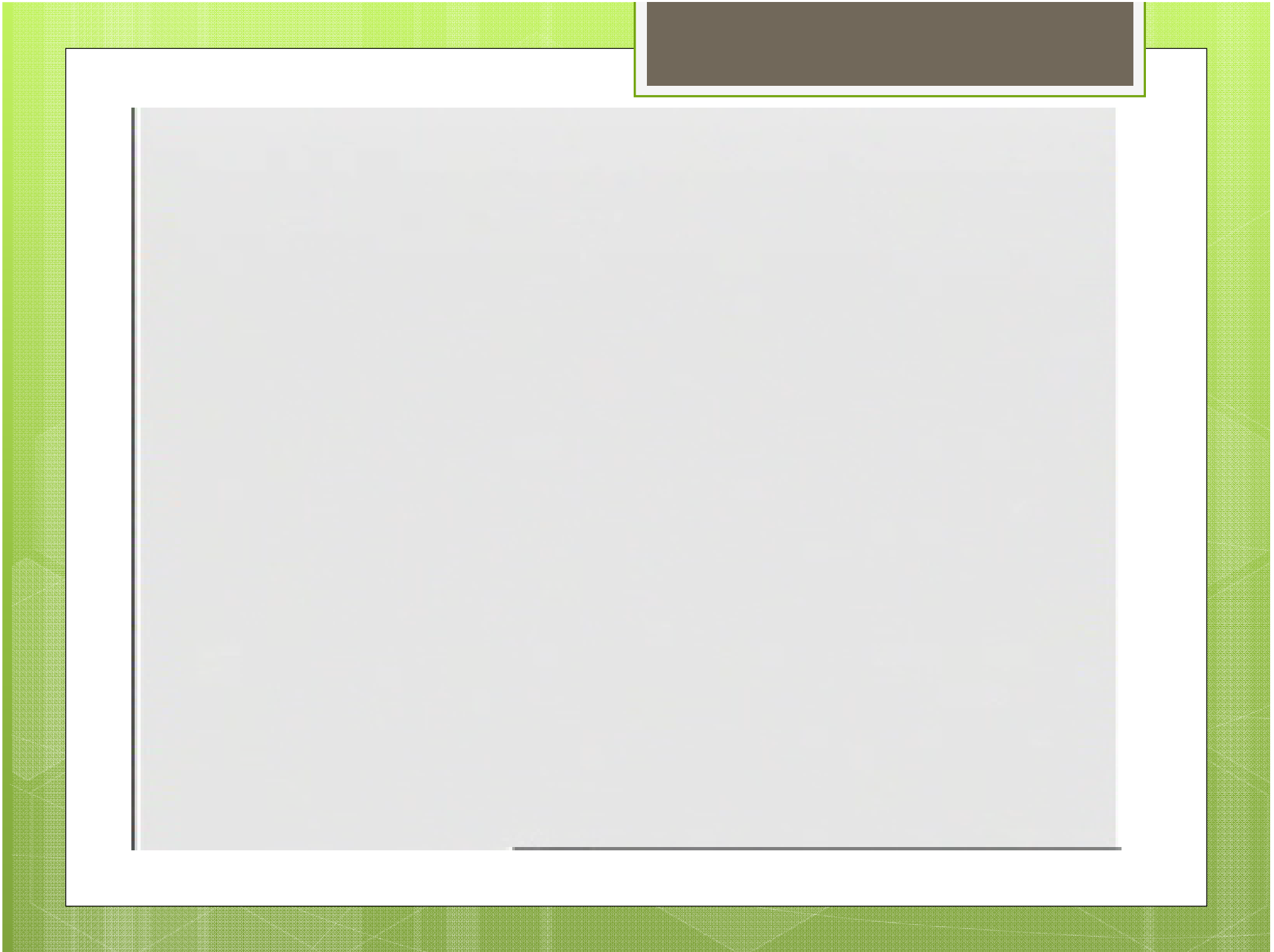
- Mezclar exploración con instrucciones.
- Dar instrucciones antes de informar como vemos el problema.
- Usar términos técnicos
- No tolerar opiniones.
- Voz monótona.
- Interrumpir al paciente.
- Frases ligadas sin tiempo para asimilar.
- Dar muchos conceptos.

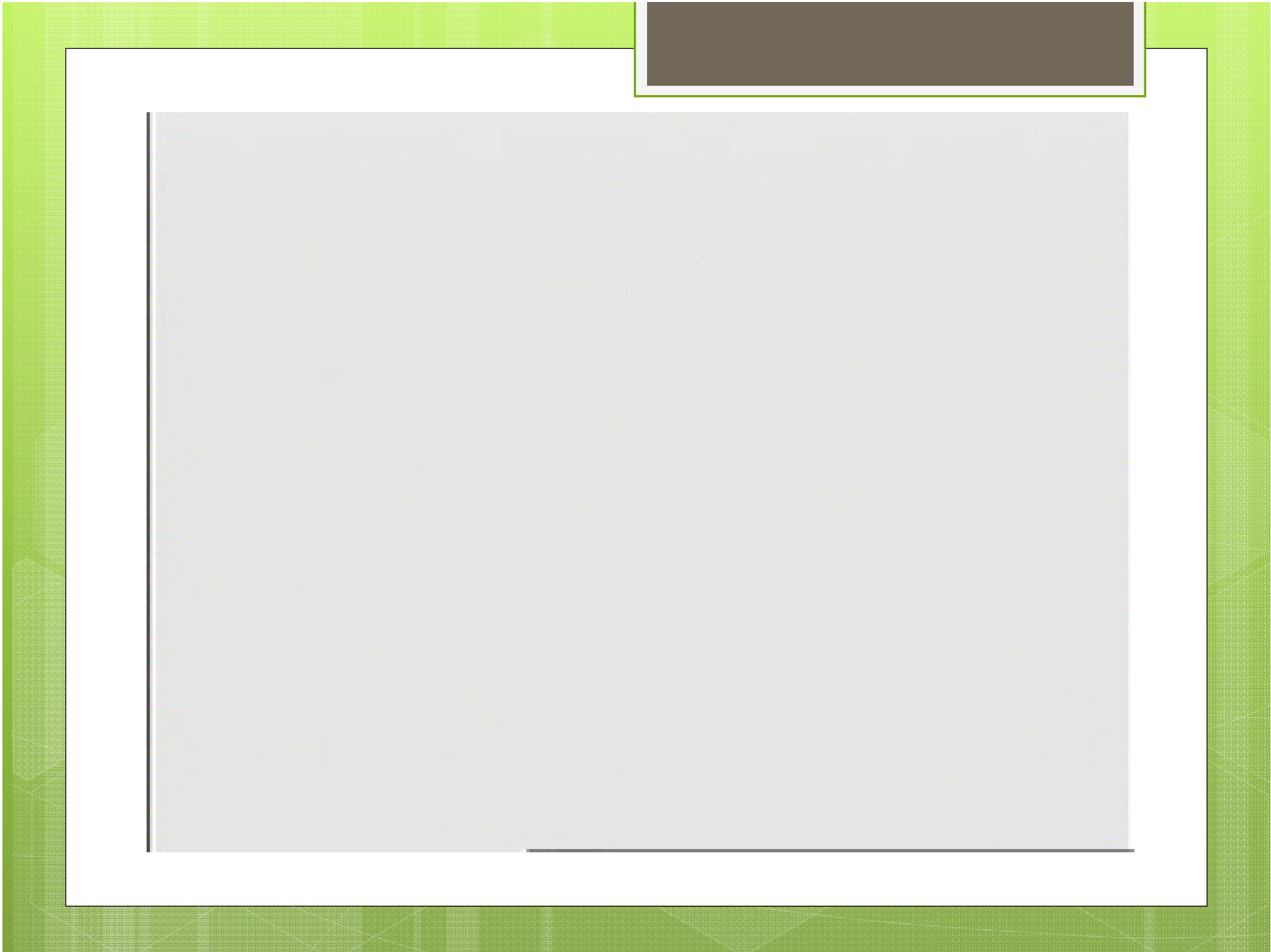


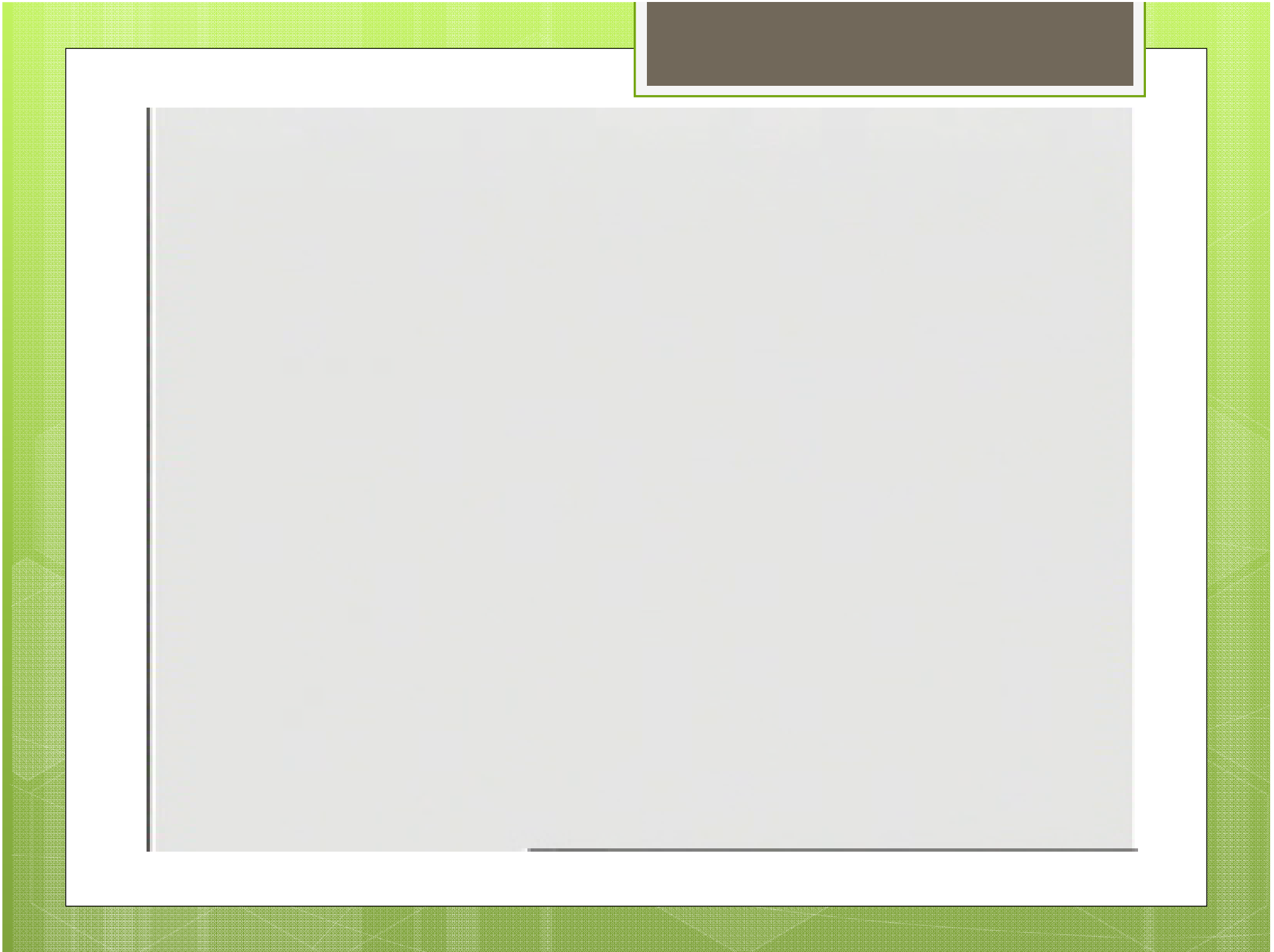
# La Entrevista Semiestructurada.

- **Parte Resolutiva. Negociadora.**

- Negociación y Plan de acción.
- Habilidades cuando el p. tiene opiniones distintas.
- Negociación con paciente agresivo.
- Errores.









# Intervención Motivacional.

- La motivación para modificar la conducta depende de muchos factores.
- Las técnicas motivacionales se basan en el **respeto** al paciente, a sus **creencias**, a su escala de **valores**, enfatizando sus puntos de vista y su **libertad** para escoger.
- Qué hace cambiar a las persona: El cambio fluctúa de una situación a otra y de un momento a otro y puede estar influido por muchos factores.

# Intervención Motivacional.

- Consideraciones mas importantes con respecto al proceso de cambio.
- ✓ La motivación intrínseca: Está en el interior. Podemos ser facilitadores.
- ✓ La elección y el control propio: Cambiamos por nuestras decisiones mas que por los otros.
- ✓ Autoconvencimiento auditivo: Creemos con mas fuerza lo que nos oímos decir a nosotros mismos.
- ✓ Autoconfianza. Si creemos que podemos cambiar es mas fácil conseguirlo.
- ✓ Ambivalencia. Lo mas difícil. Está en todas las decisiones.
- ✓ Traje a medida. Dependiendo de la etapa en la que este del cambio, necesitara ayuda diferente.
- ✓ La relación interpersonal. Puede ayudar o puede provocar rechazo. Aprender cómo actuar para aumentar la conciencia.

# Intervención Motivacional.

Pasos	Temas relevantes
Primero: Identificar	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patrón de consumo.</li><li>▪ Problemas Asociados.</li><li>▪ Interés a modificar su conducta.</li></ul>
Segundo: Informar	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mejora de salud, ahorro, problemas</li><li>▪ En negativo: riesgos, peligros</li></ul>
Tercero; Consejo, pacto	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aconsejar sobre reducir</li><li>▪ Pactar cantidad concreta</li><li>▪ Ofrecer material de apoyo</li><li>▪ Realizar seguimiento.</li></ul>
Cuarto: Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ante la negativa al cambio, insistir en consultas posteriores.</li></ul>

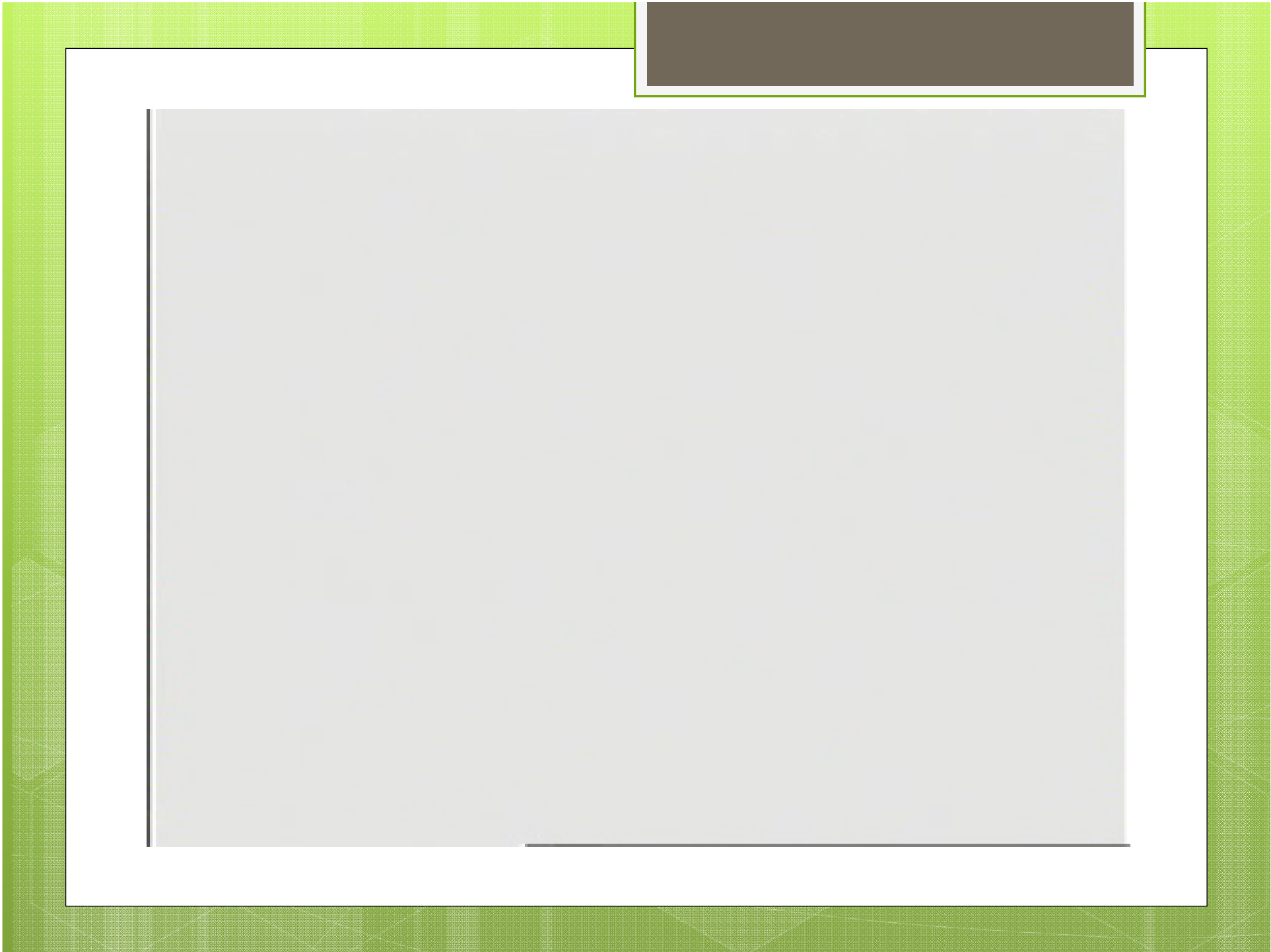
# Intervención Motivacional. Principios Generales:

- Expresar empatía.
- Desarrollar discrepancias.
- Evitar argumentar y discutir sobre conveniencia del cambio.
- Trabajar las resistencias.
- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia.



# Intervención motivacional. Técnicas Narrativas:

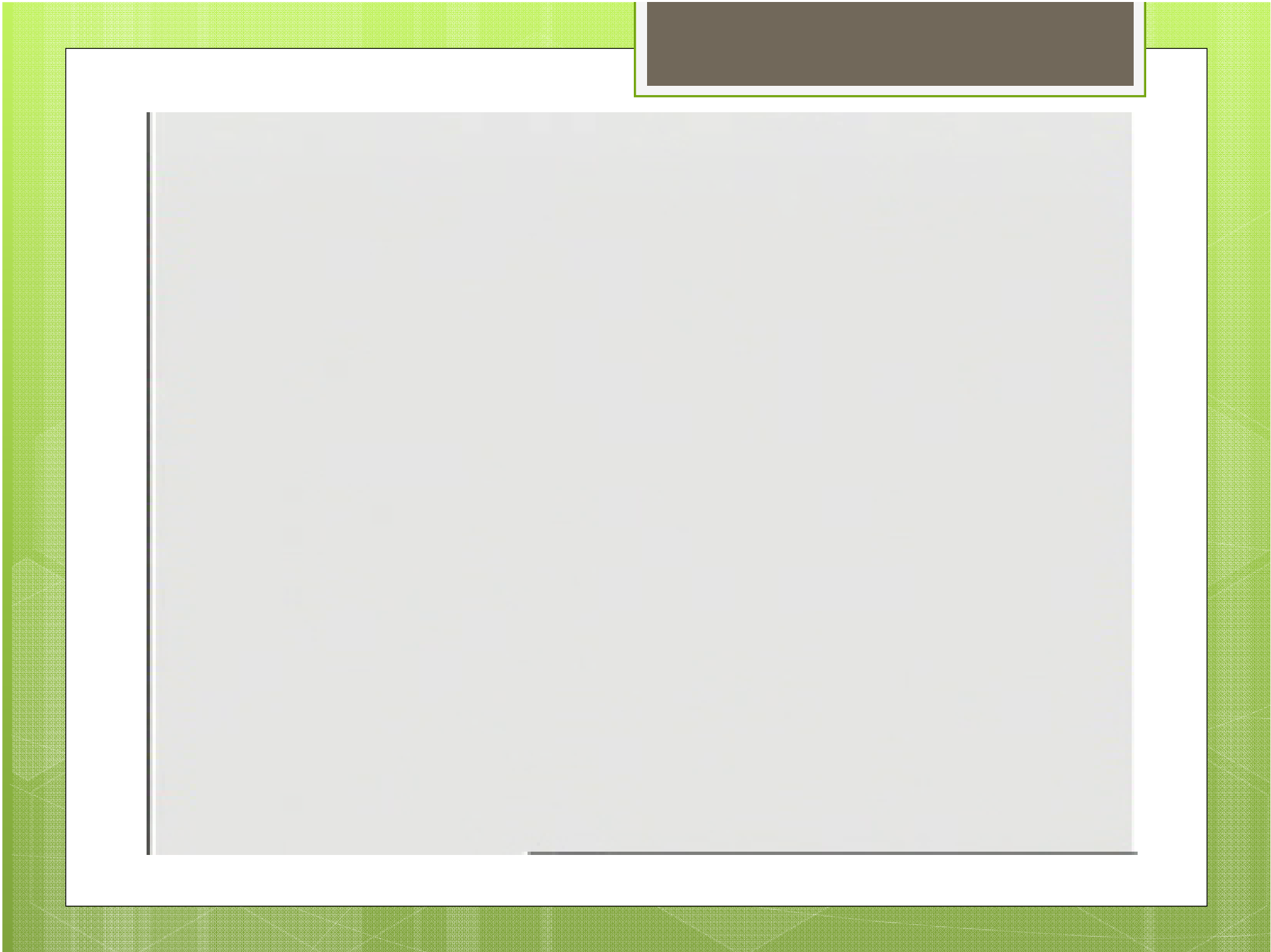
- Preguntas abiertas
- Escucha reflexiva.
- Afirmar y apoyar destacando los aspectos positivos.
- Hacer resúmenes de lo dicho en las sesiones.
- Hacer afirmaciones automotivantes.



# Intervención Motivacional.

## Trampas a evitar.

- Evitar la interacción p. pasivo t. Activo.
- Evitar la confrontación del paciente con su situación.
- Evitar etiquetar al paciente.
- Evitar focalizar prematuramente el problema.
- Evitar tiempo y energía en analizar de quién es la culpa del problema.





# Estadios del Cambio.

PROCHASKA Y DICLEMENTE: Estadios del cambio. Funcionan en círculos y se puede girar varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable.

## ◉ **Precontemplación.**

### • **Características:**

No se ve el problema. "A mi el alcohol me sienta muy bien".

No ven motivo de preocupación.

Acuden al T por presión.

Sólo desean cambiar cuando amenaza muy fuerte.

Pueden desear el cambio, pero no seriamente.

### • **Procesos:**

Procesan menos información.

Utilizan menos t. Reevaluándose.

Experimentan menos reacciones emocionales frente a lo negativo de la adicción.

# Estadios del Cambio.

- ◉ **Contemplación:** Se empieza a dudar de la conducta, “Tendría que dejar el alcohol, noto que me hace daño.”
  - Características:
    - Se piensa en que hay un problema, pero no compromiso para cambiar.
    - Se puede permanecer en esta etapa mucho tiempo.
    - Quieren cambiar el comportamiento en los siguientes seis meses.
  - Procesos:
    - Aumentan la conciencia.
    - Hacen confrontaciones e interpretaciones.
    - Buscan información.

# Estadios del Cambio.

- **Preparación:** Se toman decisiones para superar el problema. “Algo tendré que hacer”.
  - Características:  
Se piensa pasar a la acción en el próximo mes  
Se hacen pequeños cambios. Ej. Fumar menos  
Se hacen mejoras, pero no la abstinencia.
  - Procesos:  
Aumentan conciencia  
Usan confrontaciones e interpretaciones  
Búsqueda de información.

# Estadios del Cambio.

- **Acción:** La persona toma el control para hacer un cambio. "Hace una semana que no bebo".
  - **Características:**
    - El paciente modifica su comportamiento.
    - El cambio debe durar entre un día y seis meses
    - Abstinencia total de la sustancia
    - Frases habituales "Hablar es fácil, pero yo lo estoy haciendo".
  - **Procesos:**
    - El manejo de las contingencias alcanza el punto mas alto
    - Control de estímulos.



# Estadios del Cambio.

- **Mantenimiento:** La persona persiste en su nueva conducta. Está presente la tentación de recaer. “Me resulta difícil, pero pienso que vale la pena”.
  - **Características:**
    - El paciente está concentrado en mantener el cambio. Este puede consolidarse o dar paso a la recaída.
    - Se da a partir de los seis meses del cese de la conducta
    - Mantener el cambio a lo largo del t.
    - Integrar la conducta en el estilo de vida.
  - **Procesos:**
    - Igual que en la acción.



# Análisis de la Demanda.

- Consideraciones generales.

## **Elementos:**

1. Síntoma
2. Sufrimiento
3. Portador de la demanda

## **Cómo se genera:**

Ante una crisis puede ocurrir; o que se movilicen para resolver, o que se organicen en torno al problema. Es cuando suele aparecer la demanda.

# Análisis de la Demanda.

- La demanda nos informa:
  - Estructura familiar
  - Modelo comunicacional
  - La Función del síntoma.
- **Quién Demanda:** Los de la familia que mas sufren. Intentan que el terapeuta mantenga su rol. Se busca que el T. confirme la conducta y punto de vista. Si es el propio paciente tener presente si reclama atención que de otro modo no tendría. Si demuestra que no se ocupan de el. Pide confirmación para su conducta.

# Análisis de la Demanda.

## ○ **Qué Demanda.**

- Componente Explicito; Lo que se dice.
- Componente Implícito;
  - Lo que no se dice, pero condiciona fuertemente la petición.
  - Tiene que ver con deseos o dificultades comprometidas para el que habla.
  - Se expresa por lo analógico.
- Componente Objetivable; Lo que ve el terapeuta y a veces no piden ayuda.

# Análisis de la Demanda.

- **Cómo Demanda:** Se pone de manifiesto la resistencia (mecanismos de defensa que opone el que esta mal). Es un ataque a la competencia del T. y el trasfondo de una demanda es siempre una delegación de resolver lo que solo puede hacer la familia.
  - Negación.
  - Racionalización.
  - Culpabilización.



# Análisis de la Demanda.

- La mayoría de las demandas tienen estas características:
  - La demanda manifiesta no coincide con la latente.
  - Demanda de ayuda sin implicación.
  - Demanda con premura de tiempo.
  
- Podemos encontrarnos con:
  - Delegación del problema.
  - Delegación de soluciones.
  - No consideran que necesitan ayuda, es otro quien lo necesita.
  - Demanda Encubierta.
  
- Trampas:
  - ✓ Demanda urgente
  - ✓ Demanda Delegante
  - ✓ Demanda Desafiante
  - ✓ Pseudoacuerdo
  - ✓ Poder del ausente

# Análisis de la Demanda.

- Etapas por la que ha de pasar un adicto para comenzar tratamiento.
- **NO NEGAR:** Reconocer que tiene un problema.
- **YO SOLO NO PUEDO:** Reconocer su impotencia ante la adicción.
- **NECESITO AYUDA:** Aceptar que puede recibir ayuda.
- **PIDO AYUDA:** Aceptar que debe demandar ayuda.
- **ACEPTAR** la ayuda que se le ofrece.
- **ACEPTAR** la abstinencia y el cambio del estilo de vida.

# Análisis de la Demanda.

- Tipificación de las demandas según dificultad para trabajar:
  1. Se reconoce la pérdida de control y se admite necesitar ayuda. Acepta las propuestas.
  2. Se admite el consumo, pero no reconoce tener que ser ayudado. Hay competencia entre T y P . Necesidad de ser hábil.
  3. Se presenta un familiar. Piden ayuda para ellos con la esperanza de que sea el paciente quién cambie.

# Análisis de la Demanda

4. Presionado por amenaza familiar. No acepta tener el problema, niega, minimiza.. Ve al T como aliado de los familiares y las complicaciones las atribuye a otra causa. El Terapeuta como adversario. La negación máximo apogeo. Estrategias para definir el problema en términos diferentes al alcohol u otras drogas que permita la cooperación.



# BIBLIOGRAFIA

- La Entrevista Motivacional. Miller y Rollnick. Paidós.
- Protocolo de Intervención Psicológica. Servicio de Asistencia. Madrid.
- Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Formación. Socidrogalcohol.
- Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Socidrogalcohol.
- Programa de Formación y Consulta, DAP. FAD
- Guía del Área Asistencial del SPD.
- Artículos de Sebastián Girón García



GRACIAS POR VUESTRA  
ATENCIÓN.