



Universitat Oberta  
de Catalunya

[www.uoc.edu](http://www.uoc.edu)

# PRACTICUM EN UN CENTRE

## Informe final

*“El procés d'avaluació i intervenció psicològica a pacients amb trastorns per abús d' alcohol i/o altres substàncies psicotròpiques”*

### **Consultor**

Ferran Padrós Blàzquez

### **Tutora**

Elvira Guilaña Palanques

### **Alumna**

Victoria Trasovares Navarrete

Psicologia  
i Ciències  
de l'educació

© Victòria Trasovares Navarrete

*Reservats tots els drets. Està prohibida la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor.*

## Índex

	Pàgina
1. Introducció.....	3
2. Descripció del centre	
2.1 Característiques principals.....	3
2.2 El CASD Nou Barris en xifres.....	4
2.4 Òrgans de funcionament.....	7
3. Descripció de l'activitat realitzada	
3.1 Raons de l'elecció.....	8
3.2 Agents implicats.....	9
3.3 Metodologia i procediments.....	9
3.4 Activitats.....	14
3.5 Resum de casos observats.....	16
3.6 Temporalització.....	38
4. Discussió.....	39
5. Conclusions.....	42
6. Bibliografia.....	43

## 1. Introducció

El Pràcticum II, realitzat al Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències (CASD) de Nou Barris, ha tingut com a principal objectiu, observar el rol del psicòleg clínic en el procés d'avaluació i intervenció psicoterapèutica a pacients que presenten un trastorn per dependència a substàncies psicotròpiques.

En aquest sentit, realitzar les pràctiques en el CASD de Nou Barris, m'ha permès:

1. Adquirir nous coneixements en l'àmbit de l'avaluació i intervenció psicològica amb pacients que presenten trastorns per dependència a substàncies psicotròpiques.
2. Posar en pràctica els coneixements teòrics adquirits al llarg dels estudis.
3. Intercanviar experiències amb diferents professionals de l'àmbit clínic que intervenen en el CASD.



## 2. Descripció del centre

### 2.1 Característiques principals

El CASD de Nou Barris, és un centre d'atenció i seguiment de drogodependències. Va ser inaugurat el 1992, com a resultat del Pla d'Acció sobre Drogues (PAD), impulsat per l'ajuntament de Barcelona. En aquest sentit, el CASD de Nou Barris, tot i està gestionat per un centre de salut mental privat, l'Institut Genus S.L., depèn de l'Ajuntament de Barcelona, i s'engloba dins la xarxa de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya.

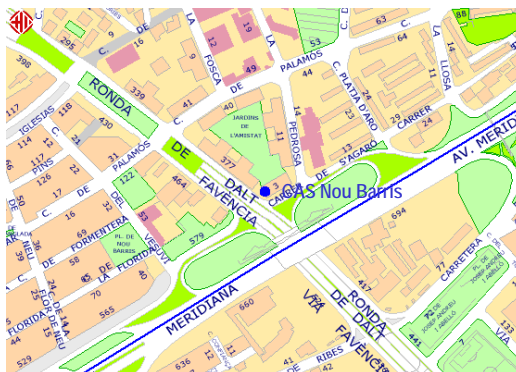
El centre ofereix assistència a persones que presenten problemes per abús o addicció a qualsevol tipus de drogues: alcohol, heroïna, cocaïna, drogues de disseny etc.

En aquest sentit, ofereix diferents programes que tenen per objectiu aconseguir la deshabitació física i psicològica dels pacients:

- Programa lliure de drogues.
- Programa de manteniment amb metadona (PMM) alt lliandà.
- Programa de manteniment amb metadona (PMM) mig lliandà.
- Programa de manteniment amb metadona (PMM) baix lliandà.
- Programa alcoholisme.
- Programa d'altres drogues.

A més, també ofereix assessorament i suport pels familiars i/o amics dels pacients que reben tractament al centre.

El CASD es troba al centre del districte de Nou Barris, situat a Via Favència, 379, just per sobre de l'encreuament d'Avda. Meridiana i la Ronda de Dalt. El seu horari d'atenció al públic de dilluns a divendres és de 8'30-13h. i de 16-19h., i dissabtes de 10-13h, tot i que en aquest dia, només es dispensa metadona.



Localització



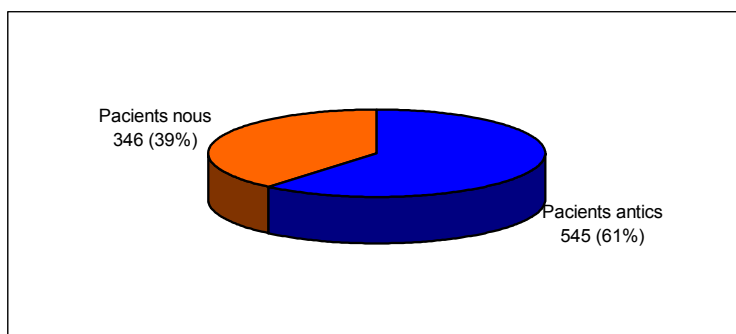
## 2.2 El CASD Nou Barris en xifres

Les xifres que s'exposen en aquest informe en relació al CASD Nou Barris corresponen a l'any 2002. Hem de tenir en compte que, aquests centres depenen de l'ajuntament de Barcelona, i cada any han de presentar la memòria de les activitats realitzades l'any anterior a l'administració local, durant el segon trimestre de l'any següent. En aquest sentit, donat que, en el moment de realitzar aquest informe, només disposava de les dades oficials validades corresponents a l'any 2002, són aquestes les que presentaré a continuació en aquest informe.

L'any 2002, el CASD Nou Barris va atendre un total de **891 pacients**, dels quals, 545 són pacients que segueixen tractament al centre des de fa anys, i 346 són nous usuaris del servei.

En aquest sentit, dels 346 nous usuaris, trobem d'una banda, 280 casos nous, és a dir, persones que demanen per primera vegada tractament al centre, i 66 persones que ja tenien història prèvia de trastorn per addicció a substàncies.

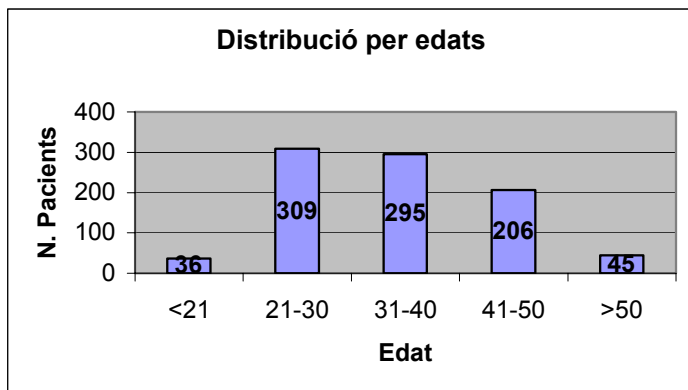
Vegem-ho gràficament:



Font: CASD Nou Barris

En relació a l'**edat dels usuaris** del CASD de Nou Barris, la major part dels pacients, es troben en la franja d'edat que va dels 21 als 30 anys, amb un total de 309 pacients, seguit pels pacients d'edat compresa entre els 31 i els 40 anys, amb 295 pacients. A continuació, trobaríem un grup de 206 persones que estarien entre els 40 i 50 anys, uns 45 pacients que estarien per sobre dels 50 anys i finalment uns 36 pacients per sota dels 20 anys.

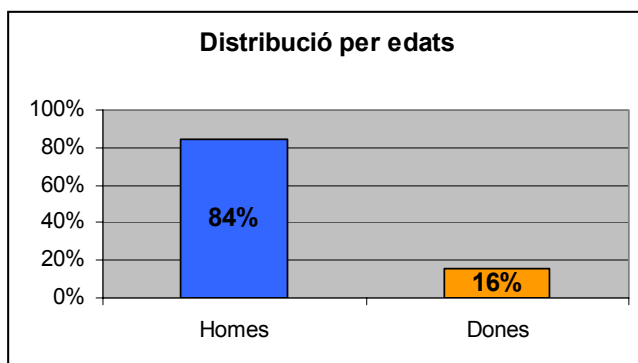
Vegem-ho gràficament:



Font: CASD Nou Barris

Pel que fa al **sexe** dels pacients, un 84% corresponen a homes i un 16% a dones.

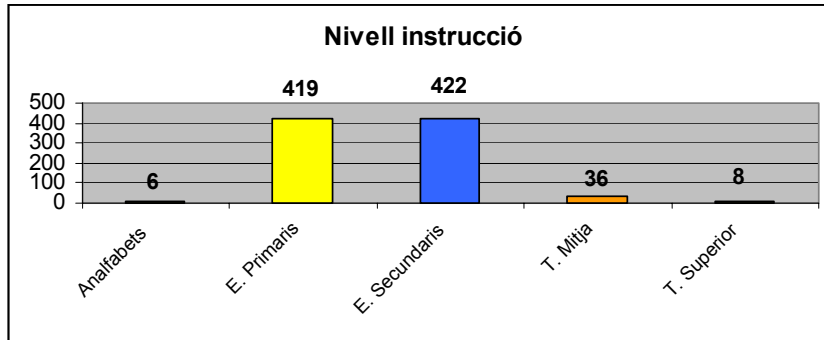
Gràficament seria:



Font: CASD Nou Barris

A continuació, si ens fixem en el **nivell d'instrucció** dels pacients, uns 419 han realitzat estudis primaris (47%), uns 422 han fet estudis secundaris (47%), uns 36 tenen titulacions tècniques (4%), uns 8 tenen titulacions superiors (1%), i un total de 6 serien analfabets (1%).

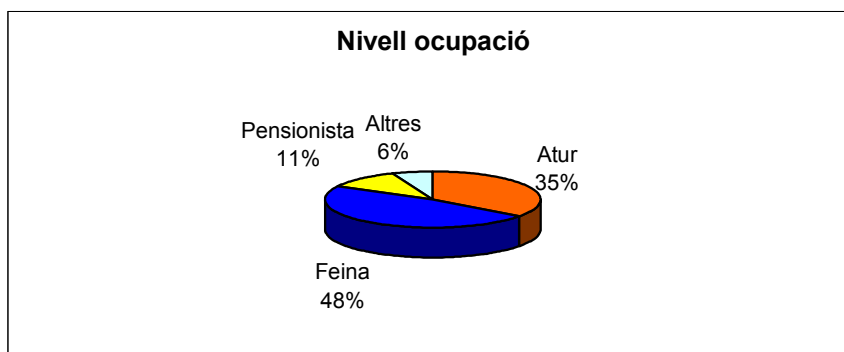
A la pàgina següent podem veure una gràfica que il·lustra el nivell d'instrucció dels usuaris del CASD Nou Barris.



Font: CASD Nou Barris

D'altra banda, si analitzem el **nivell d'ocupació** dels pacients, uns 466 (48%) pacients estarien treballant de forma estable, 345 (35%) es trobarien a l'atur, uns 110 (11%) són pensionistes i, uns 60 (6%) estarien en altres situacions.

Vegem-ho en el següent gràfic:

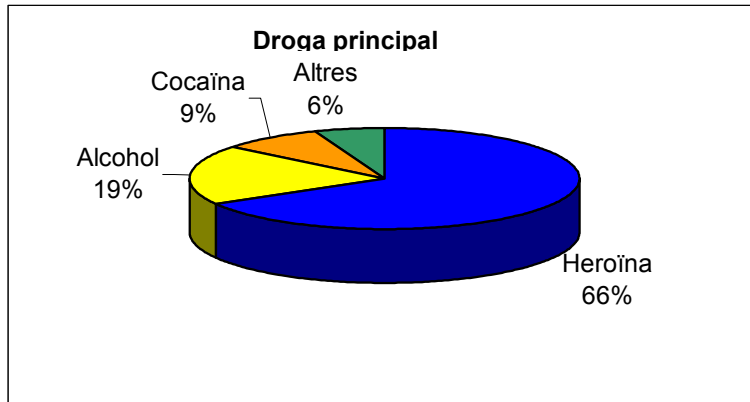


Font: CASD Nou Barris

Finalment, si fem una anàlisi en funció de les **principals drogues** utilitzades pels pacients tractats al centre l'any 2002, la major part són consumidors d'heroïna. Tanmateix, cal tenir present que, en els darrers temps, s'observa una lleu disminució de pacients que demanin nous tractaments per consum d'heroïna, mentre que s'observa un increment progressiu en el nombre de consumidors d'alcohol i cocaïna que demanen tractaments, per abús i/o addicció a aquestes substàncies.

En aquest sentit, els 891 pacients atesos al CASD de Nou Barris durant l'any 2002 i atenent a la principal substància psicotròpica consumida, es repartirien de la següent forma: 594 consumidors d'heroïna, dels quals, 506 estaven en programa de manteniment de metadona (PMM) i 88 en programa lliure de drogues; 170 consumidors d'alcohol; 76 consumidors de cocaïna; 51 consumidors d'altres drogues (cannabis, LSD, èxtasi...)

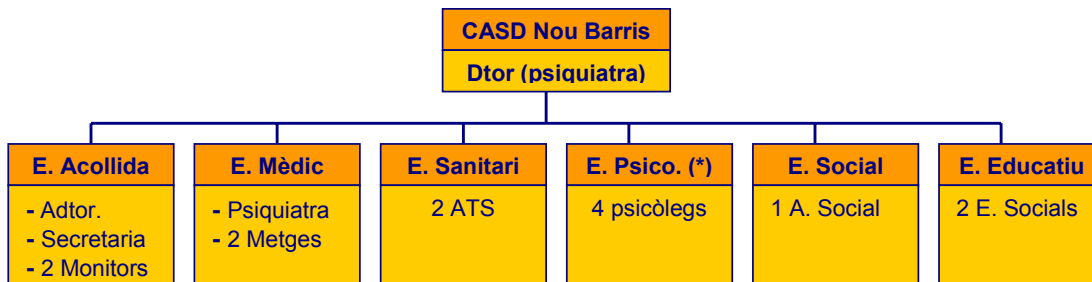
Vegem-ho en el gràfic que apareix a la pàgina següent:



## 2.4 Òrgans de funcionament

El CASD de Nou Barris està compost per un equip multidisciplinari format per 16 persones, repartides entre les següents funcions: 1 psiquiatra (director del CASD), 2 metges especialitzats en medicina interna, 4 psicòlegs, 2 ATS, 1 assistent social, 2 educadors socials, 1 administrador, 1 secretària i 2 monitors.

Des del punt de vista organitzatiu, l'organigrama funcional del centre seria el següent:



*E: Espai; E. Psico: Espai psicoterapeutic; Adtor: Administrador*

Cada espai desenvolupa tot un seguit de tasques, per donar una resposta multidisciplinària als pacients del centre.

En aquest sentit, des d'una perspectiva psicoanalítica d'orientació lacaniana, les funcions de l'espai psicoterapeutic són les següents:

1. Realització d'entrevistes preliminars destinades a l'establiment de criteris i de diagnòstic que facilitin l'orientació del tractament psicoterapeutic, així com la seva periodicitat.
2. Manteniment de les sessions terapèutiques una vegada establertes les condicions preliminars.



3. Oferiment de la possibilitat d'una atenció puntual en els casos en que la urgència ho requereixi.
4. Derivació i coordinació amb l'espai mèdic en els casos que sigui necessària medicació.
5. Coordinació amb l'espai sanitari.
6. Derivació i coordinació amb l'espai educatiu i social.



### 3. Descripció de l'activitat realitzada

#### 3.1 Raons de l'elecció

La raó principal de la meua elecció, a l'hora de realitzar el pràcticum II, està motivada pel fet que voldria dirigir el meu futur professional dins el camp clínic.

En aquest cas, la meua proposta de treball estava dirigida a l'àmbit d'avaluació i intervenció psicològica amb pacients amb trastorns per abús i/o dependència a substàncies psicotròpiques, amb l'objectiu d'apropar-me a la pràctica professional del psicòleg/a clínic en la seva doble faceta d'intervenció individual i grupal, en un àmbit concret d'intervenció, com és el cas de les addicions a substàncies psicotròpiques.

En aquest sentit, i com a objectius concrets del pràcticum II, que esperava assolir, a partir del treball en el centre eren els següents:

- Aprendre el rol de psicòleg clínic, en un àmbit concret d'intervenció, com és el cas, de les addicions a substàncies psicotròpiques.
- Aprendre el procés d'actuació del psicòleg clínic, des de l'avaluació, fins la intervenció i els agents implicats en aquest procés.
- Adquirir i consolidar coneixements teòrico-pràctics i habilitats dins d'aquest àmbit.
- Aprendre a elaborar la història clínica i l'anamnesi a partir de casos reals.
- Aprendre a administrar i analitzar els tests utilitzats dins d'aquest àmbit.
- Aprendre les teràpies utilitzades en aquest àmbit.



### 3.2 Agents implicats

La meva tutora, la Sra. Elvira Guilaña és Doctora en Psicologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Al CASD Nou Barris, realitza funcions de supervisió clínica. A més, és Psicoanalista i Responsable de l'Àrea de Salut Mental de l'Institut "Genus" de Barcelona.

Donat que la Sra. Elvira Guilaña no exerceix com a psicoterapeuta al CASD de Nou Barris, durant la meua estada al centre, he col·laborat amb dos de les psicòlogues que exerceixen com a psicoterapeutes al centre.

En aquest sentit, he acompanyat en primeres visites, a la Sra. Alícia Pascual, que és psicòloga, psicoanalista i sots-directora del CASD Nou Barris.

D'altre banda, també he acompanyat a la Sra. Isabel Burguera, psicòloga i psicoanalista del centre, en primeres visites i en la teràpia de grup d'alcoholisme.



### 3.3 Metodologia i procediments

En la dinàmica assistencial del CASD Nou Barris, es troben implicats diferents agents, a l'hora d'avaluar, fer diagnòstic i intervenir amb pacients nous, que arriben al centre amb una demanda de tractament per consum de drogues il·legals i alcohol.

En aquest sentit, el **protocol assistencial general** amb pacients que presenten algun trastorn per dependència a substàncies, que arriben per primera vegada al CASD seria el següent:

1. En primer lloc, quan un pacient s'adreça al CASD referint problemes d'addicció a substància, el personal que treballa a la Recepció omple una fitxa amb les dades personals i la substància o droga, a la que la persona refereix tenir problemes. Tot seguit els dona cita amb l'assistent social del centre.

Les dades que es recullen des de Recepció, són imprescindibles per obrir un nou expedient o història clínica, i donar d'alta al pacient a la base de dades del centre.

2. En segon lloc, durant la visita amb l'assistent social, aquest s'encarregarà de recollir tot un seguit de dades que serviran per elaborar l'anamnesi del pacient.

En aquest sentit, en aquesta visita, l'assistent social haurà de recollir les següents dades:

- **Dades de registre:** Núm. història clínica, Inici tractament, procedència del pacient (iniciativa pròpia, familiars, amics, medicina general, hospitals, serveis socials, legals...)
- **Dades personals:** Nom i cognoms, data naixement, sexe, DNI, N.Seguretat Social, Domicili, Tipus família...

- **Dades dels fills:** Si s'escau
- **Dades de la família:** Si s'escau
- **Dades sociològiques:** Nivell instrucció, situació laboral en el moment d'admissió al centre, professió, antecedents legals.
- **Situació judicial:** Si s'escau.
- **Dades econòmiques:** Via percepció ingressos (salari, subsidi d'atur, pensió...) Ingressos, renda per càpita, cost de l'habitatge, si tenen algun tipus de disminució, de quin tipus, si tenen algun certificat de disminució física o psíquica...
- **Història toxicològica:** Droga principal que motiva el tractament, tractaments previs, altres drogues consumides, via d'administració (oral, pulmonar, és a dir, fumada, intranasal, injectada...) etc.
- **Antecedents malalties:** malalties orgàniques, tractaments psiquiàtrics o psicològics previs, tot indicant el tipus de trastorn que refereix haver patit el pacient.
- **Anamnesi orgànica:** Dades relacionades amb la vida de parella del pacient, dades relacionades amb possibles sobredosis, visites realitzades al servei d'urgència d'algun hospital, visites al metge de capçalera, diagnòstic i tipus de programa assignat al pacient. (sens dubte el diagnòstic i el programa assignat haurà de ser confirmat pel metge del centre, el qual, al seu torn, valorarà la possibilitat de seguir tractament psicoterapeutic juntament amb el tractament farmacològic).

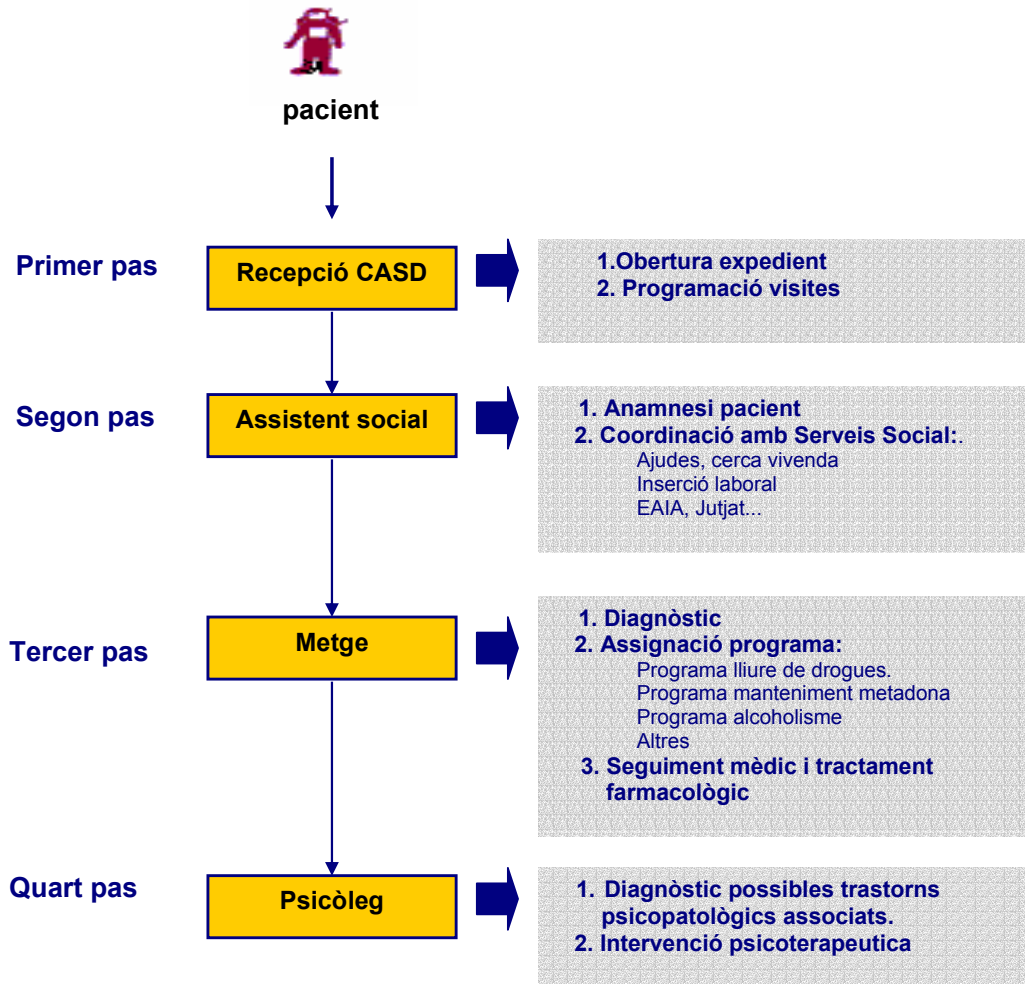
Aquestes dades serviran a l'assistent social per valorar la necessitat de coordinació amb altres serveis socials: tramesa d'ajudes, cerca de vivenda, coordinació amb EAIA, jutjats...

A més, totes aquestes qüestions s'hauran de tenir en compte, i de fet són fonamentals a l'hora de plantejar un pla d'intervenció integral i coherent amb les necessitats del pacient. Pensem que algunes d'aquestes dades, posen en evidència alguns factors que poden ser considerats de risc per al pacient: manca de suport familiar, manca de vincles afectius, problemes econòmics, socials, legals, fills en situació d'abandonament que han de ser acollits per EAIA ...

3. En tercer lloc, després de l'entrevista amb l'assistent social, es programarà una visita amb el personal mèdic del centre, que en funció de la simptomatologia del pacient farà un diagnòstic més precís en relació a la problemàtica que presenta el pacient. En funció d'aquest diagnòstic i d'altres factors de risc associats, avaluarà i assignarà el pacient a un programa de tractament. Aquest programa de tractament podrà incloure en funció de la simptomatologia, tractament farmacològic i/o tractament psicoterapeutic, a banda d'altres serveis que el pacient pugui necessitar de l'assistent social.
4. Finalment, en funció del pla d'intervenció dissenyat, el pacient podrà fer un tractament psicoterapeutic. En el procés de tractament psicoterapeutic, el psicòleg realitzarà entrevistes preliminars destinades a l'establiment de criteris i de diagnòstic que facilitaran l'orientació del tractament psicoterapeutic, així com la seva periodicitat.

En aquest sentit, serà important avaluar si existeixen altres trastorns psicopatològics associats i/o induïts pel trastorn per dependència a substància que pateix el pacient.

A continuació es pot veure un esquema del procés i els diferents agents implicats i la seva funció, en el pla d'intervenció integral d'un pacient amb un trastorn per dependència a substàncies.



Per tant, el pla d'intervenció integral amb pacients amb trastorns per dependència a substàncies, podríem dir que respon a un triple eix en funció de les necessitats requerides pel pacient:

- Pla d'intervenció integral** {
- Necessitats socio-econòmiques ► Assistent Social
  - Necessitats mèdiques ► Metge
  - Necessitats psicoterapeutiques ► Psicòleg

Finalment, en funció del pla d'intervenció dissenyat, el pacient podrà fer un tractament psicoterapeutic. En el procés de tractament psicoterapeutic, el psicòleg realitzarà entrevistes preliminars destinades a l'establiment de criteris i de diagnòstic que facilitaran l'orientació del tractament psicoterapeutic, així com la seva periodicitat.

Pel que fa al rol del psicòleg, per poder desenvolupar eficaçment la seva funció, la metodologia emprada en el procés d'intervenció psicoterapeutica, pels psicòlegs del centre seria la següent:

1. En primer lloc, i abans de visitar un pacient per primera vegada, la psicòloga fa una lectura de la històrica clínica del pacient.
2. En segon lloc, procedeix a fer una entrevista preliminar, d'una duració aproximada de 20', per recollir les dades necessàries per elaborar la història clínica psicològica del pacient i fer el diagnòstic diferencial del cas.

En aquest sentit, donat que la durada de les entrevistes és molt curta, molt sovint s'han de programar un sèrie d'entrevistes preliminars, amb l'objectiu de fer un diagnòstic diferencial acurat sobre el cas.

3. En tercer lloc, un cop finalitzades les entrevistes preliminars, i després de realitzar el diagnòstic, dissenyarà un pla d'intervenció psicoterapeutic específic per cada cas.

Pel que fa als programes de tractament a pacients amb trastorn per addició a substàncies psicotròpiques, voldria destacar-ne dos, el programa lliure de drogues, i el programa de manteniment amb metadona.

### Programa lliure de drogues

Té per objectiu que la persona que pateix una addicció a una substància X, és l'abstinència a dita substància. Tanmateix això no sempre és possible en el cas de la dependència a opiacis, fet que va derivar en l'aparició del programa de manteniment amb metadona (PMM).

Un programa lliure de drogues pur, seria aquell en el que no s'utilitza cap tipus de tractament farmacològic específic com a suport del resta d'activitats terapèutiques. Aquest fet, el diferencia clarament d'altres programes que utilitzen algun fàrmac concret, com és el cas del PMM.

Ara bé, a la pràctica, també s'utilitzen fàrmacs com a suport en els programes lliures de drogues quan es necessari i per tractar la comorbilitat associada que tenen molts pacients, com per exemple, trastorns de l'estat d'ànim, trastorns d'ansietat...etc. derivats del consum de la substància X.

Aquest tipus de programa es recomana com el tractament d'elecció per aquells pacients que:

1. No consumeixen derivats d'opiacis.
2. Aquells que consumeixen opiacis però encara no han desenvolupat una dependència a ells.

3. Pacients amb dependència opiacis que no presenten un deteriorament significatiu a nivell físic, psicològic o social, que no hagin estat prèviament en tractament i que tinguin un suport familiar i social adequat.
4. Pacients que no tinguin un trastorn psicopatològic o orgànic greu.
5. Pacients que estiguin suficientment motivats per mantenir-se abstinents.

### Programa manteniment amb metadona

Té com a principal finalitat que el pacient redueixi totalment el consum d'heroïna, al estar consumint metadona, i amb això es redueixen els riscos associats al consum d'heroïna.

Les principals ventatges dels programes de manteniment amb metadona són els següents:

1. Bona retenció dels pacients al tractament.
2. Redueix el consum d'heroïna.
3. Redueix el risc de compartir xeringues i amb això, el risc d'infeccions com l'VIH.
4. Millora la qualitat de vida dels addictes.
5. Facilita que també puguin participar en altres programes educatius, psicoterapèutics...
6. Pot ser utilitzar amb pacients ambulatoris i amb pacients en règim d'internament en presó (Una dada rellevant, l'any 2001, el 54% de la població espanyola reclosa era drogodependent).

Tanmateix el programa de manteniment amb metadona, també té alguns inconvenients, com per exemple:

1. Increment del consum de cocaïna.
2. Increment del consum de sedants.
3. La llarga duració d'aquests programes.
4. Efectes secundaris de la substància.

En aquest sentit, aquest programa es recomana com el tractament d'elecció per aquells pacients que:

1. Pacients amb dependència a opiacis, que presenten un deteriorament significatiu a nivell físic, psicològic o social.
2. Que hagin realitzat altres tractaments prèviament.
3. Que no tinguin el suport familiar i social adequat.
4. Pacients que no estiguin suficientment motivats per mantenir-se abstinents.

El programa de manteniment amb metadona, es diferencia entre tres subprogrames: baix, mig i alt lliandar. Cada lliandar fa referència al tipus de tractament que segueixen els pacients al centre:

- **Baix lliandar:** metadona i seguiment mèdic.
- **Mig lliandar:** metadona, seguiment mèdic, i seguiment assistent social (ajudes socials, coordinació amb altres centres: Jutjat, EAIA, penals...).
- **Alt lliandar:** metadona, seguiment mèdic, seguiment psicològic i seguiment assistent social.

**Comentari:** La metadona és un agonista opiaci. Una substància blanca, cristal·lina i amarga, d'origen sintètic, que actua com agonista opiaci i produeix un efecte depressor sobre l'activitat del SNC de manera semblant a la morfina. Té una bona absorció intestinal i una vida mitjana plasmàtica de 13 a 55 hores, motiu pel qual pot ser utilitzada com a teràpia útil en programes de manteniment de persones amb trastorns per addicció a opiacis.

De fet, a l'inici del PMM, un dels objectius del programa és el que s'anomena **RETENCIÓ DELS PACIENTS**, és a dir, retenir els pacients, el màxim de temps possible en el PMM, per evitar el consum d'heroïna, i els risc derivats d'aquest consum.



### 3.4 Activitats

De forma resumida, les activitats realitzades durant el Pràcticum II han estat les següents:

- **Observació primeres visites.**
- **Observació teràpia de grup "d'alcoholisme".**
- **Lectura històries clíniques dels pacients observats en primeres visites i en teràpia de grup d'alcoholisme.**
- **Participació en les reunions d'equip de caire general i en les sessions clíniques.**

#### Observació primeres visites

En el transcurs del Pràcticum II, he acompanyat a les psicòlogues, Alícia Pascual i Isabel Burguera, en primeres visites de pacients que demanaven tractament per primera vegada al CASD Nou Barris.

En aquest cas, després de llegir la història clínica del pacient, comentem el cas amb la psicòloga, i a continuació, passem a realitzar l'entrevista, que dura aproximadament uns 20'. Un cop finalitzada aquesta primera entrevista, comentem el que hem observat durant la visita, i la psicòloga fa les corresponents anotacions a la història clínica del pacient.

#### Observació teràpia de grup "d'alcoholisme"

Durant el Pràcticum II, he acompanyat a la psicòloga Isabel Burguera, en la teràpia de grup d'alcoholisme, que es realitza en sessions d'una hora, els divendres, de 18-19h de la tarda.

En aquesta teràpia, participa un grup reduït de pacients, tot ells homes amb problemes d'addicció al alcohol, amb una franja d'edat que va dels 41 als 70 anys d'edat.

L'objectiu d'aquesta teràpia és donar suport als pacients que pateixen aquest tipus d'addicció: donar-los informació, que puguin compartir experiències, parlar de qüestions relacionades amb la seva addicció, què els preocupa actualment...

En aquest sentit, durant la sessió, la psicoterapeuta pregunta als pacients com es troben, si han tingut o tenen alguna qüestió que vulguin plantejar al grup, si volen parlar d'algun tema en concret, quin consell donarien a una persona que es troba en la seva situació i té una problemàtica particular...

En relació a la teràpia del grup d'alcoholisme, m'agradaria destacar, que durant el mes de maig, hem sabut que un dels pacients, el **CASD 2 OH**, presentant en el diari 2, rebrà l'alta mèdica durant el proper més de juny, tot i que continuarà venint al centre a la teràpia de grup.

A continuació, a la taula 1, presentem una un resum de les sessions de la teràpia de grup d'alcoholisme, en la que es pot veure el nombre de participants que han assistit a cada sessió.

Taula 1: Resum teràpia de grup alcoholisme		
Sessió	Data	Participants
1	25.03	6 (6)
2	2.04	5 (1)
3	23.04	5
4	30.04	6 (1)
5	7.05	7 (1)
6	14.05	6
7	21.05	7 (3)
8	28.05	5

Sessions teràpia de grup d'alcoholisme (tot ♂)

### Lectura històries clíniques dels pacients observats en primeres visites i en teràpia de grup d'alcoholisme.

Una altre activitat realitzada durant el pràcticum II, ha sigut la lectura de les històries clíniques de tots els pacients observats en primeres visites, i dels pacients que assistien a teràpia de grup d'alcoholisme.

L'objectiu d'aquesta lectura, era aprofundir en el coneixement dels casos observats, fet que m'ha orientat a l'hora de realitzar el diagnòstic, el pronòstic i el pla d'intervenció amb cada pacient.

### Participació en les reunions d'equip de caire general i en les sessions clíniques.

Durant el Pràcticum II, també he pogut participar en les reunions d'equip que es realitzen cada dijous, entre les 11 i les 13h, reunions en les que s'alternen les sessions generals i les sessions clíniques.

- **Sessions generals:** Tenen com a objectiu tractar i discutir aspectes sobre el funcionament del centre i de l'equip, comentar els nous casos rebuts al centre, els trasllats de pacients rebuts d'altres centres, els pacients que tenen comportaments no normatius, és a dir, que no segueixen la normativa del centre. Per exemple, no venen a buscar la metadona a la hora que tenen assignada, se salten els controls d'orina, o ho fan esporàdicament, no venen a les visites mèdiques que tenen assignades...
- **Sessions clíniques:** Tenen com a objectiu presentar casos clínics del centre. En aquest sentit, el metge i el psicòleg a càrrec del cas, fan una presentació, destacant aquells aspectes més rellevants de cara a la intervenció.

**Comentari: CASD 2 OH:**  
Home de 53 anys, treballa de comercial i amb estudis secundaris. Va iniciar el consum d'alcohol als 20 anys, i situa l'abús als 42 anys. Està CASDat i té una filla. Se sent molt recolzat per la seva família en la seva problemàtica amb l'alcohol. Havia fet un tractament anterior el gener de 2003 per deixar l'alcohol amb el metge de capçalera, qui li va administrar besitran i orfidal. Des de gener fins al maig de l'any passat es manté abstinent, i només fa una recaiguda per Setmana Santa. El Maig de l'any passat acudeix al CASD de Nou Barris per seguir un tractament i deixar definitivament el alcohol. El pacient refereix haver fet un consum excessiu d'alcohol durant un període de 3 anys, que atribueix a l'estrès laboral, coincidint amb una amenaça de tancament de l'empresa on treballa i a les dificultats de relació amb la seva filla adolescent, relacions que han millorat des de que va deixar l'alcohol al gener de 2003. Se sent irritable, agressiu i té canvis d'humor amb la seva dona, fins al punt que aquesta el compara amb "Dr. Jekyll i Mr. Hyde". El mes de Juny de 2003 i coincidint amb l'operació de cor del seu pare, es reafirma en la seva voluntat de deixar definitivament l'alcohol, no sent la necessitat de prendre alcohol (no craving), i té confiança en ell mateix per superar la seva addicció. Des de llavors, quan té problemes, en comptes de "refugiar-se en l'alcohol" parla amb la seva dona, amb la que han millorat molt les relacions, també amb la seva filla. Durant els mesos d'estiu del 2003 es va mantenir abstinent, i en el mes de setembre, va començar a assistir a la teràpia de grup d'alcoholisme. Des de que va iniciar la teràpia de grup, ha vingut regularment a les sessions, i s'ha mantingut abstinent, i en el treball les coses li van millor des de que va deixar de beure, fins al punt que el febrer d'aquest any li han proposat de coordinar a un grup de gent. El pacient se sent molt motivat, perquè les relacions familiars i laborals han millorat molt des de que va deixar la beguda l'any passat. Actualment, s'està plantejant... [1]



Tanmateix, cal destacar que en el transcurs del semestre, només s'han realitzat dues sessions clíniques



### 3.5 Resum de casos observats

En el transcurs del Pràcticum II, he participat en 12 primeres visites, en 2 sessions clíniques i 8 sessions de teràpia de grup d'alcoholisme, tal I com s'indica a la taula 2.

Taula 2: Resum de casos observats				
Teràpia	Descripció	Sexe participants		Total Casos observats
Individual	Primeres visites	10 ♂	2 ♀	12
Casos	Sessions clíniques	1 ♂	1 ♀	2
Grup alcoholisme	Sessions grupals	8 ♂	0 ♀	8

*Resum de casos observats*

A continuació, exposarem la relació dels casos observats en primeres visites, en la teràpia de grup d'alcoholisme, així com els 2 casos exposats en les sessions clíniques.

#### Primeres visites

##### CAS 1 (23/06/04)

**Entrevista:** Home de 28 anys, treballa d'operari en una petita empresa i viu amb els seus pares. Refereix tenir problemes amb la cocaïna. Fa uns dos anys, va iniciar el consum d'aquesta substància amb els amics per sortir i anar "de festa". Fa un temps, el pare va tenir una embòlia i per la mateixa època, la mare va haver de ser ingressada 2 vegades a l'hospital durant un mes, primer uns quinze dies a Vall d'Hebron i la resta a l'Hospital del Mar, per una crisi, a la que el pacient es refereix com "una alteració..." que no sap ben bé que és. En relació a la seva mare, diu que fa 20 anys que està malalta, que ha tingut 2 crisis anteriorment, però sempre li havien pogut resoldre amb pastilles, però que aquesta vegada, la cosa va anar a pitjor, i la van haver d'hospitalitzar. En aquesta època, el pacient, quan sortia de treballar, anava a veure al pare a l'hospital i després a la mare. Com no podia suportar veure'ls malalts, es va refugiar en la cocaïna, per això va anar incrementant el consum. Quan relata aquest episodi de la seva vida, el pacient diu que no va saber afrontar la situació, i que en comptes de comportar-se "com un home", i acceptar que els seus pares estaven malalts, el que va fer és intentar evadir-se amb la droga, i va anar incrementant el consum d'aquesta substància fins a arribar als 3-4 grams per setmana. Fa un mes va decidir que ho volia deixar i per això acudeix al CASD. El metge li ha receptat orfidal, i diu que no sent la necessitat de prendre cocaïna.

**Tractament farmacològic:** Orfidal d'1 mg: 0-0-1.

Comentario:

### Orfidal

**Principi actiu:** Lorazepam 1 mg.

**Mecanisme d'acció:** Ansiolític benzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibitor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Posseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.

**Indicacions:** Neurosis (d'ansietat, fòbica, histèrica). Insomni. Alcoholisme. Pànic entre altres.

**Possible evolució del cas:** Es fa difícil fer un pronòstic sobre la possible evolució d'aquest pacient, donat que porta molt poc temps de tractament al centre, i de fet, és la primera entrevista que realitza la psicoterapeuta.

Tanmateix hi ha algunes qüestions que cal tenir presents per poder fer un diagnòstic psicològic precís en les properes visites.

En primer lloc, estranya el fet que, sent un consumidor de 3-4 grams de cocaïna a la setmana, no experimenti cap tipus de malestar físic, i que, amb l'orfidal que li ha rebut el metge digui que es troba bé, i que no té ganes de prendre cocaïna. (De fet, després de la visita, comentem el CASD amb el metge que li fa el seguiment, i coincideixen en que han d'esperar algun temps per veure com evoluciona aquest CASD).

En segon lloc, tot i que la psicoterapeuta li ha preguntat directament si el pare havia tingut altres problemes a banda de l'embòlia, el pacient no ha comentat que hagués tingut problemes amb l'alcohol, fet que consta en el seu historial clínic.

En aquest sentit, associat al trastorn per dependència d'alcohol, caldria esbrinar si hi ha associat, un trastorn d'ansietat, un trastorn de la son (pensem en la medicació que li han donat), i algun trastorn de la personalitat. Per tant, en les properes sessions, caldrà continuar l'avaluació d'aquesta pacient, per saber si hi ha altres patologies associades, que ens permetin fer un diagnòstic i una intervenció més acurada en aquest CASD.

### CAS 2 (23/03/04)

En aquest cas, es tracta d'una primera visita d'acolliment, que realitza la psicòloga i sots-directora del CASD de Nou Barris. Ens trobem davant una pacient procedent d'un altre CASD, que ha demanat el trasllat al nostre centre, per un canvi de domicili. En aquest sentit, l'entrevista està focalitzada a fer un diagnòstic i pla de treball amb la pacient.

**Entrevista:** Dona de 31 anys, amb estudis primaris. Als 15 anys va iniciar el consum d'heroïna. Als 16 anys es va casar i va tenir el seu primer fill. El seu marit mora en un accident de trànsit a França poc temps després. Als 18 anys, deixa el seu fill petit amb la seva mare, ja que no se'n pot fer càrrec, i ingressa a RAIMAR, una associació que ajuda a toxicòmans que volen deixar la droga, durant 6 anys. En aquest centre coneix la seva segona parella, amb la que tindrà el segon fill, que està sota la tutela d'EAIA. De la seva segona parella, no en sap res de res. Cap al final d'aquests 6 anys a RAIMAR, coneix el que serà el seu segon marit, amb el que marxarà a Galícia, durant un període de 6 anys, en els que la pacient diu està abstinent d'heroïna, i amb el que tindrà el seu tercer fill. A Galícia treballa uns 7 mesos a la indústria conservera, l'únic treball que ha fet. Segons diu, aquesta

relació es va trencar perquè els pares del noi (que havia tingut problemes d'alcoholisme) es ficaven molt a la seva relació i ella torna a consumir heroïna. Fa uns 2 anys trenca aquesta relació i torna a Barcelona, on comença també el consum de cocaïna, primer via nasal i després via parenteral. Fa un any i mig, comença tractament amb metadona al CASD Delta, tot i que reconeix que també consumeix heroïna. La pacient diu que aquest mateix matí, ha consumit aquesta substància. Refereix haver demanat un trasllat al CASD de Nou Barris, perquè ha canviat de domicili. Està vivint temporalment amb la seva parella actual, que també té problemes d'addicció a l'heroïna, a casa d'un amic també toxicòman. La seva parella fa un mes que treballa, i si continua a la feina, intentaràn llogar un pis. Diu que vol recuperar el fill que està sota la tutela de l'EAIA, i per això és necessari que la seva parella pugui treballar i llogar un pis. Pel que fa al fill gran, diu que ella no se'n pot cuinar i per això viu amb la seva mare. En relació al seu fill petit, té la custòdia compartida amb el seu ex-marit i viu temporades amb ella. També comenta que ha estat dues vegades a la presó per baralles, diu "tu me pegas, yo te doy", i que té 8 o 9 causes pendents amb la justícia pel mateix motiu.

**Comentario:** La metadona és un opioide que s'utilitza en el tractament de l'addicció als opioïdes, com l'heroïna. S'administra normalment via oral. L'objectiu del tractament és intentar evitar o reduir els símptomes d'abstinència, i anar reduint la dosi progressivament, per suavitzar la síndrome d'abstinència somàtica.

**Comentario:**

Al finalitzar l'entrevista, comentem el cas amb la psicòloga. Aquesta em comenta una qüestió rellevant pel que fa a la demanda de trasllat d'aquesta pacient. Ha estat parlant amb el CASD d'on provenia la pacient, i l'han informat que aquesta està en "busca i captura" per part de la justícia. A continuació, elaborem la història clínica que podem veure tot seguit, a la pàgina següent.

### Història clínica del pacient

1. **Inici tractament:** Al CASD de Nou Barris Abril 2004, tot i que la pacient fa dos anys que ja estava en tractament en el CASD Delta.
2. **Sexe:** Dona
3. **Edat:** 31 anys
4. **Nivell instrucció:** Estudis primaris
5. **Antecedents familiars:** Un germà també va tenir problemes d'addicció a l'heroïna. Va morir fa uns sis anys de SIDA.
6. **Demanda:** Iniciativa pròpia. La pacient al·lega un canvi de domicili, motiu pel qual ha demanat un trasllat del CASD Delta al CASD Nou Barris.
7. **Hª Toxicològica:** Consum d'heroïna, des de fa 16 anys, via parenteral. Consum de cocaïna, des de fa 2 anys, primer via nasal i després via parenteral.
8. **Tractaments anteriors:** Als 20 anys va fer una desintoxicació a REIMAR, un centre gestionat per ex-toxicòmans. Fa uns 6 anys va a tornar a recaure, arrel, de la separació del que en aquell moment era el seu marit.
9. **Relacions familiars:** Té tres fills de pares diferents. El més gran, de 13 anys, viu amb la mare de la pacient, el segon, de 8 anys, està sota la tutela de l'EAIA, i el tercer, de 4 anys d'edat, viu a temporades amb ella, ja que té la custòdia compartida amb el pare del nen.
10. **Hª Laboral:** Està en atur, només ha treballat uns 7 mesos a la indústria conservera de Galícia. No rep cap ajut econòmic. Per viure, depèn dels ingressos de la seva parella actual.
11. **Nivell socioeconòmic:** Viu temporalment a casa d'un amic amb la seva parella, per això ha demanat el trasllat, per ser atesa en el CASD de Nou Barris.
12. **Causes judicials pendents:** Si, entre 8 i 9 causes pendents, per "baralles", en les que han hagut armes de foc implicades.
13. **Coordinació amb altres serveis:** CASD Delta i EAIA.
14. **Diagnòstic i pla de treball:** Pla de manteniment amb metadona (PMM) baix l'indar.

**Comentario:** Servei d'atenció a l'infància i a l'adolescència, que depèn de la Generalitat de Catalunya, i que té com a finalitat, protegir als infants i als joves de situacions d'alt risc social

**Comentario:**

**Seguiment mèdic:** Programa de manteniment amb metadona (PMM).

Nota: Donat que la pacient no ha realitzat encara cap visita mèdica, no puc oferir informació sobre tractament farmacològic addicional a la metadona.

**Possible evolució del CAS:** Donat que es tracta d'un trasllat, la pacient seguirà el Programa de manteniment amb metadona (PMM), en el que haurà de fer un seguiment mèdic. Més endavant, i en funció de l'evolució de la pacient, es valorarà la possibilitat de fer també tractament psicològic.

El pronòstic d'aquesta pacient no és gens favorable. Al marge de prendre la metadona, la pacient continua prenent heroïna. D'altre banda, el context en que viu la pacient tampoc és favorable: la seva parella i el seu cercle d'amistats (pensem en l'amic que els deixa la casa) són també drogodependents. En aquest sentit, no hi ha indicis que la pacient pugui sortir de la situació i superar la seva addicció a substàncies.

### CAS 3 (20/04/04)

**Entrevista:** Home de 30 anys. De nacionalitat equatoriana. Actualment està a l'atur. Té estudis a nivell de batxillerat superior, equivalent a FP Administratiu. La seva mare i un fill de 4 anys d'una relació anterior viuen a l'Equador. A Espanya, té un germà a Toledo i un cosí a la zona de Vic, als que veu de tant en tant. Va iniciar el consum d'alcohol als 18 anys, i situa l'abús ara fa uns tres mesos, coincidint amb problemes laborals i la pèrdua del seu lloc de treball al mes de gener. Fa uns 4 anys va venir a Espanya perquè al seu país la situació financera era molt dolenta i la major part de persones que ell coneixia també estaven immigrant a Europa i des de que va arribar a ha fet diferents treballs. A la seva arribada, va iniciar una relació de parella amb una dona més gran que ella, amb la que va conviure durant aproximadament un any i mig. Segons explica, la seva relació va finalitzar perquè les germanes de la seva parella, l'acusaven de ser un lladre, un drogoaddicte i un maltratador, fins al punt que en alguna ocasió van fer venir la policia al domicili, i van interposar una denúncia contra ell, que va finalitzar amb una ordre d'allunyament enfront la seva cunyada. Cal remarcar que el pacient ho nega rotundament. Finalment es va trencar aquesta relació. Ara fa uns dos anys, que viu amb una altre dona amb la que té intenció de casar-se. Fa uns 3 mesos, diu que va fer que un amic seu entres a l'empresa on ell treballava. Segons explica, aquest amic no tenia papers, i gràcies a ell, va aconseguir la feina. Des de que va entrar, ell li va anar ensenyant l'ofici, i progressivament va veure com aquest company anava ocupant el seu lloc, fins que el van acomiadar a ell, segons diu, perquè demanava un augment de sou, i el seu company en canvi, estava disposat a fer la mateixa feina, per un sou molt més baix que el seu. Al veure que no podia fer res, i que perdia la seva feina, es va sentir molt malament i va començar a beure molt, sobretot els caps de setmana. Sortia als vespres i bevia fins a 40-50 cerveses o 10-15 cubates en una nit. Des de que el van acomiadar, no ha tornat a treballar. Des de llavors, ha anat en varies ocasions al metge de capçalera, perquè se sentia molt deprimit. Des del CAP, el metge de capçalera l'ha derivat al CASD, per tractar el seu problema d'alcoholisme. El pacient diu que està motivat a deixar l'alcohol. De fet, fa un mes que no beu.

**Possible evolució del CAS:** Tot i que caldrà perfilar més el diagnòstic en les properes sessions, penso que en aquest pacient trobem associats un trastorn per abús d'alcohol i un trastorn adaptatiu reactiu a la pèrdua de feina.

En aquest cas, el pacient continuarà tractament psicoterapeutic individualitzat al CASD i més endavant, s'avaluarà la possibilitat de seguir teràpia grupal.

D'altre banda, la psicòloga recomana una visita mèdica, per valorar si el pacient necessita algun tipus de tractament farmacològic addicional per tractar la simptomatologia depressiva que s'observa en aquest pacient, i d'altres possible símptomes derivats de l'abstinència d'alcohol: agitació, irritabilitat, tremolors, insomni...

En la meua opinió, donada la curta durada del trastorn per abús d'alcohol, i que el pacient està motivat a deixar-lo (de fet fa un mes que no beu), ens fa pensar en un pronòstic favorable d'aquest cas.

En aquest pacient, la intervenció psicoterapèutica tindrà com a objectiu principal:

- Que el pacient segueixi abstinent.
- Desenvolupar pautes de conducta per evitar l'abús d'alcohol: sortir amb la parella, evitar sortides nocturnes, fer esport... i desenvolupar estratègies per prevenir possibles recaigudes
- Millora de l'estat psicològic del pacient amb l'objectiu de que en un futur pròxim pugui reinserir-se de nou en el mercat laboral (ja que el pacient manifesta tenir moltes ganes de tornar a treballar).

### CAS 4 (20/04/04)

**Entrevista:** Home de 39 anys, de nacionalitat uruguiaia. Amb estudis secundaris no finalitzats. Es va casar a Uruguai amb una dona, de la que té 3 fills: una filla de 18 anys, i 2 fills d'11 i 9 anys respectivament. Fa aproximadament uns 11 anys es va divorciar de la seva dona, tot i que posteriorment va tornar a tenir un fill (el fill de 9 anys). Al cap d'un cert temps, va conèixer la que és la seva parella actual, amb la que viu des de fa uns 9 anys, i amb la que té un fill de 3 anys, i n'espera un altre d'aquí a un mes. L'any 1998 va emigrar a Itàlia, on va està treballant uns 6 mesos, fins que va tenir problemes amb la justícia. Vivia en un apartament en els baixos d'un edifici, i la policia va trobar unes pistoles al pati del seu apartament. El pacient diu que ell no sabia res d'aquestes armes, però va ser acusat de tenença il·lícita d'armes i va ser empresonat durant 6 mesos. Durant la seva estada a presó, els seus familiars li van comunicar que el seu pare estava greument malalt, tenia un tumor incurable al cervell, i li quedaven pocs mesos de vida. Quan el pacient va sortir de la presó, va anar a passar el Nadal amb la seva família a l'Uruguai. Malauradament va estar poc temps, ja que tenia que tornar a Europa per treballar a Espanya. El seu pare mora l'estiu del 1999, i poc després el pacient inicia el consum de cocaïna, coincidint amb la mort del pare, i situa l'abús aproximadament un any més tard. El pacient relaciona l'inici del consum de cocaïna amb la mort del seu pare, ja que diu que es va sentir molt malament, per no haver passat més temps amb ell. Del seu pare guarda un tros d'una falange en una cadena que porta penjada al coll, com a record. Segons comenta el pacient, des de l'any 2000, la cosa ha anat pitjor, i gradualment ha anat augmentant el consum, fins al punt que podia consumir 9 grams de cocaïna en un dia. Des de la mort del seu pare, ha anat en diverses ocasions a Uruguai, però cada vegada menys, perquè diu que se sent molt malament. Ara fa 4 mesos, la policia el va detenir amb una gran quantitat de cocaïna, i el van ficar a la presó a finals de desembre del 2003, acusant-lo primer de tràfic, i després de tinença il·lícita d'estupefaents. A principis d'Abril de 2004 va sortir de la presó i els serveis legals el van derivar al CASD, per fer un tractament de deshabitació a la cocaïna, ja que diu voler solucionar el seu problema, perquè amb una família com ell té, no es pot permetre continuar amb aquesta situació. Té un judici pendent que s'ha de celebrar aquesta mateixa setmana. En funció de com vagi el judici, si queda en llibertat, continuarà treballant en el restaurant que treballava abans d'entrar a la presó. Refereix està preocupat perquè té problemes de memòria, i de

vegades li costa de parlar, es queda bloquejat, i voldria saber si això pot està relacionat amb el fet de deixar de consumir de cop cocaïna des de la seva entrada a presó. Si el deixen en llibertat, continuarà treballant en el restaurant en el que treballava just abans d'entrar a la presó, ja que té molt bona relació amb el seu jefe i a més, ha continuat ajudant-lo econòmicament mentre estava a presó.

**Possible evolució del CAS:** En aquest pacient, s'hauria de valorar si a banda del seu trastorn per dependència a la cocaïna, hi ha associat un trastorn de l'estat d'ànim o un trastorn d'ansietat induït per aquesta substància.

El pacient continuarà tractament psicoterapeutic individualitzat al CASD. D'altre banda, també haurà de ser visitat pel metge del centre, per valorar si necessita algun tipus de tractament farmacològic addicional per tractar els símptomes de l'abstinència a la cocaïna: irritabilitat, fatiga, insomni, tremolors, nerviosisme...

En aquest pacient, la intervenció psicoterapeutica tindrà com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient.
- La deshabitació psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient.
- Prevenció de recaigudes.

### CAS 5 (30/04/04)

**Entrevista:** Home de 53 anys. Divorciat des de fa 12 anys. Viu amb el seu fill de 26 anys. Acudeix al CASD acompanyat per la seva filla de 25 anys, per problemes amb el alcohol. El pacient refereix que no sap si veu molt, però la seva família li diu que sí, i que ha de fer alguna cosa al respecte. Va iniciar el consum d'alcohol als 17 anys. Als 19 anys el van operar d'una hèrnia gastrointestinal. Als 21 anys, després de realitzar el servei militar, va començar a consumir cocaïna. Des de els 21 als 51 anys, va prendre alcohol i cocaïna en grans quantitats, uns 200 gr. alcohol/dia<sup>1</sup> 1 gr. de cocaïna/dia. Recorda que de jove, li deien "el cubates". Fa dos anys va deixar la cocaïna a causa d'un accident, però continua bevent, i de tant en tant pren hatxis perquè li fa entrar gana i li ajuda a dormir. Pel que fa a l'accident, l'únic que recorda és que estava treballant, la seva empresa el va enviar a Masnou, es va parar a la carretera i va deixar les claus del cotxe posades. Segons li han explicat, va caure per un barranc, i dos dies més tard el van trobar inconscient, amb una forta contusió al cap (traumatisme cranial) i el tòrax enfonsat. A l'hospital el neuròleg li va fer proves al cap, però ell no sap que té. Des de llavors està de baixa laboral, i ara està pendent de que li donin la una invalidesa provisional. També s'ha visitat amb un psiquiatra, i com és al·lèrgic, li ha receptat unes pastilles per l'al·lèrgia, que es diuen Atarax. Es reaci a prendre medicaments, diu que no li agrada que experimentin amb ell, que lo seu es cosa de paraules. Diu que des de fa temps se sent malament, no té raons per viure, i ha tingut pensaments de suïcidar-se. Una vegada, va pensar llençar-se al metro, però no ho va fer, pensant que en comptes de morir, quedés malament. L'altre vegada, ara fa un mes, va voler-se tallar les venes, però els talls eren tant superficials, perquè tenia por, i a penes es va fer mal. Vol fer un tractament per veure si es pot curar, però ell no creu massa en això d'estar en un grup i parlar de les seves coses, com ha vist a les pel·lícules.

**Comentari:**

**Comentari:** En realitat, l'atarax és un antipsicòtic utilitzat en CASDs d'ansietat, estress, insomni, trastorns psicòtics i psiconeuròtics.

**Comentari:** En realitat, l'atarax és un antipsicòtic utilitzat en CASDs d'ansietat, estress, insomni, trastorns psicòtics i psiconeuròtics.

**Possible evolució del cas:** En aquest cas, donat la durada al llarg de 36 anys de la seva dependència al alcohol, ens situa en un trastorn per dependència al alcohol de caràcter crònic.

<sup>1</sup> Per sobre els 70-80 gr. alcohol/dia es considera un excés i un risc per a la salut.

En les properes sessions, seria important valorar, d'una banda, en quina mesura es pot diagnosticar un seu possible trastorn per dependència a la cocaïna i un possible trastorn per abús al hatxís en aquest pacient, i de l'altre, un possible trastorn de l'estat d'ànim induït per l'alcohol.

Tot i que el pacient és reaci a prendre medicació, se li aconsella una visita mèdica, per avaluar si requereix algun tipus de tractament farmacològic, per tractar el seu trastorn per dependència d'alcohol, i per tractar la simptomatologia depressiva que pateix el pacient.

En aquest cas, donat el tipus de trastorn que pateix el pacient, que acudeix a consulta per la pressió dels seus fills, i que no té una consciència real del seu problema (pensem que en la consulta diu que no sap si beu o no beu massa), la intervenció psicoterapèutica tindrà com a objectiu a curt termini és retenir el màxim de temps aquest pacient en tractament, per reduir els riscos derivats del consum crònic d'alcohol, amb l'objectiu que arriba a adonar-se i acceptar que té un problema, i que se senti realment motivat a canviar el seu estil de vida.

### CAS 6 (3/05/04)

**Entrevista:** Dona de 28 anys, amb estudis primaris. Ha realitzat treballs en el sector de la hosteleria. Actualment està en atur. Viu amb els seus pares, amb els que les relacions no són massa bones, a causa dels problemes que té amb les drogues. Té 2 germans i dues germanes, amb les que no té cap relació pel mateix motiu. Als 14 anys va començar a esnifar cola (no cocaïna). El seu pare la va veure, i ella ho va deixar. Als 17 anys va començar a consumir cocaïna, alcohol i èxtasi, sobretot els caps de setmana. No té cap causa judicial pendent. Refereix que ha tingut varis episodis d'intoxicació etílica, fins al punt de mantenir relacions sexuals amb estranys. Als 21 anys va quedar embarassada, però com no sabia qui era el pare de la criatura, va avortar. Els seus pares no en saben res d'aquest fet. Fa uns dos anys, va està ingressada a l'IMPU, durant dos mesos, però no sap explicar perquè va passar tot aquest temps a l'hospital. Al poc temps de sortir de l'IMPU, va començar a sortir amb un noi, i quan aquest la va deixar, va començar a prendre de nou cocaïna i alcohol en grans quantitats. D'aquesta època, la gent li ha explicat coses que no vol recordar, tot i que a vegades li venen imatges d'ella trencant vidres, caient al terra, estant mantenint relacions sexuals amb varis nois a la vegada. Diu que sent vergonya d'explicar aquestes coses, perquè mai ho havia explicat a ningú. Actualment està prenent alcohol i cocaïna 3 o 4 cops per setmana. Té mals sons i no dorm bé. Té tremolors, però paren en quan comença a beure. Diu que està motivada per deixar de consumir cocaïna i alcohol, però degut a tots els problemes que ha tingut, pensa que és difícil fer-ho per ella mateixa. Ha vingut al centre per iniciativa pròpia, per veure si la podem ajudar a superar les seves addiccions, ja que voldria normalitzar la seva vida i tornar a treballar.

**Comentari:** Institut municipal psiquiàtric d'aguts

**Comentari: Orfidal**  
**Principi actiu:** Lorazepam 1 mg.  
**Mecanisme d'acció:** Ansiolíticbenzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Poseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.  
**Indicacions:** Neurosis (d'ansietat, fòbica, histèrica). Insomni. Alcoholisme. Pànic entre altres.

<b>Tractament farmacològic:</b>	Trankimazín 1 mg:	1-0-1
	Orfidal 1mg:	0-0-1
<b>Trankimazín</b>		
<b>Principi actiu:</b> Alprazolam 1 mg.		
<b>Mecanisme d'acció:</b> Benzodiazepina.		
<b>Indicacions:</b> Actua eficaçment sobre els estats d'ansietat i està dotat d'una activitat específica en les crisis d'angoixa.		

**Possible evolució del cas:** En aquest pacient, trobem associats un trastorn per dependència a la cocaïna i un trastorn per dependència a l'alcohol. A més, caldria valorar en les properes sessions, si hi han associats altres trastorns induïts per l'excés d'aquestes substàncies o amb alguna altre etiologia: Trastorn de ansietat, Trastorn del son, Trastorn de l'estat d'ànim...

Crec que seria important esbrinar, si les conductes que ens relata en relació a les seves relacions sexuals són degudes al fet que havia fet un gran consum de substàncies psicotròpiques, o poden tenir alguna etiologia diferent, perquè aquest fet, incidirà directament en la intervenció psicoterapèutica que fem.

En aquest cas, la intervenció psicoterapèutica tindrà com a objectiu principal:

- Que el pacient segueixi abstinent a la cocaïna i a l'alcohol.
- Millora de l'estat psicològic del pacient amb l'objectiu de que pugui reinserir-se de nou en el mercat laboral.
- Donat que durant l'entrevista comenta en diverses ocasions que es troba malament a casa, se li proposa la possibilitat de que vingui al centre d'activitats, amb l'objectiu d'ajudar-la en el seu procés d'inserció laboral: formació informàtica i internet, elaboració currículum vitae, carta presentació, cerca de feines al diari i/o Internet. (De fet, la formació en informàtica estarà dirigida a l'elaboració del CV, redacció de carta presentació...).

### CAS 7 (3/05/04)

**Entrevista:** Home de 38 anys. Amb estudis universitaris de grau mig. Fotògraf de professió. VIH negatiu. Actualment està en atur. Viu a Sant Cugat amb la seva mare, en una casa propietat de la família. El pare va morir fa anys, i diu que mai ha pogut superar la seva mort. Les relacions amb la mare són bones, perquè no coneix el seu problema, i ell prefereix que no ho sàpiga. a iniciar el consum de cannabis als 16 anys, però el va deixar als 18 anys. Quan tenia 24 anys, va començar a prendre heroïna, primer via pulmonar (fumada) i després via parenteral. Situa l'abús als 30 anys, coincidint amb la ruptura de la que era llavors, la seva parella. Als 32 anys va fer un tractament al nostre centre, i va deixar l'heroïna durant uns quants anys. Ara, fa uns 6 mesos, va començar a prendre de nou heroïna, uns 250 mg al dia via parenteral, després d'estar dos anys totalment abstinent. Ho relaciona, amb la mala relació que mantenia amb la seva parella actual, amb la que va trencar definitivament ara fa uns 4 mesos. Ve per iniciativa pròpia, i diu que voldria entrar en un programa de mantenint amb metadona, per no consumir heroïna.

**Tractament farmacològic:** Lexatin 1,5 mg: 1-0-1  
Noctamid 1 mg: 0-0-1

#### Lexatin

**Principi actiu:** Bromazepam 1,5 mg

**Mecanisme d'acció:** Ansiolític benzodiazepínic d'acció intermitja. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba en el cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Té activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.

**Indicacions:** Neurosis (malalties que cursin amb ansietat, angoixa, obsessions, compulsions, fòbies e hipocondria), reaccions emocionals exagerades, dificultat de contacte interpersonal i comunicació (trastorns de conducta, agressivitat excessiva), organoneurosis.

#### Comentari:

La metadona és un opioide que s'utilitza en el tractament de l'addicció als opioïdes, com l'heroïna. S'administra normalment via oral. L'objectiu del tractament és intentar evitar o reduir els símptomes d'abstinència, i anar reduint la dosi progressivament, per suavitzar la síndrome d'abstinència somàtica.



### Noctamid

**Principi actiu:** Lormetazepam 1 mg.

**Mecanisme d'acció:** Ansiolític benzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Posseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.

**Indicacions:** Inductor del son.

**Possible evolució del cas:** En aquest pacient, a banda del trastorn per dependència a opiàcis, hauríem d'analitzar si hi ha altres patologies associades, que puguin estar induïdes per aquesta substància, o tinguin alguna etiologia diferent, com per exemple un trastorn antisocial de la personalitat.

Donat que el pacient ja ha fracassat en un tractament previ, i tot i que ell demana posar-se en tractament de manteniment de metadona, i de fet, està en programa de manteniment de metadona, a mig-llarg plaç, en funció de l'evolució de la seva evolució, penso que ens podríem plantejar el seu ingrés en una comunitat terapèutica. Tot i això, caldrà esperar-ne l'evolució.

En aquest cas, la intervenció psicoterapèutica tindrà com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient. En aquest CASD, per tal de controlar si es manté realment abstinent, se li faran controls setmanals d'orina.
- La deshabitució psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient: Hi ha aspectes importants a tractar en el procés de psicoteràpia: la mort del seu pare, les relacions de parelles.

### CAS 8 (6/05/04)

**Entrevista:** Home de 19 anys. Està estudiant batxillerat. Ha vingut acompanyat pels seus pares que actualment estan divorciats. Durant uns anys, va estar vivint de forma alternada amb el pare i la mare, però fa uns mesos, va decidir viure amb la seva mare, per estar més tranquil, ja que el seu pare vivia amb una altra dona, i amb els fills d'aquesta, i se sentia una mica agobiat. Va iniciar el consum de cocaïna ara farà uns tres anys. Diu que no li agrada estudiar, i va començar a prendre aquesta substància per sortir amb els amics els caps de setmana, i oblidar-se de lo malament que ho passava durant la setmana pels estudis. De fet, diu que tot i que li queden 2 setmanes per finalitzar el batxillerat, prefereix deixar els estudis i posar-se a treballar. De fet, ja ha fet varis treballs de cambrer i mosso de magatzem, i per això ha pogut costejar-se les sortides i la cocaïna. Diu que no se sent especialment motivat ni per estudiar ni per treballar, que està una mica desencantat de tot, i potser per aquesta raó surt els caps de setmana per passar-ho bé i oblidar-se de tot. Normalment quan surt, primer beu uns quants cubates, i que, quan ha begut 5-6 cubates, per poder continuar bevent, compra cocaïna i aleshores desfasa tant, que ja no recorda res. Fa un o dos mesos, es va adonar que cada vegada prenia més cocaïna, i això el va espantar. A més, els pares es van adonar que els diners de la seva compta havien baixat molt, i al preguntar-li que havia passat, i veient que no podia parar de consumir, va decidir explicar-los el problema. Diu que vol deixar la cocaïna, i que voldria seguir tractament al centre. De fet, des de fa dues setmanes, evita sortir els caps de setmana amb els amics, per no consumir cocaïna.

**Possible evolució del cas:** En aquest cas, tot i que el pacient inicialment refereix tenir problemes amb la cocaïna, al llarg de la entrevista, deixa constància de que, el consum de cocaïna sempre és posterior a la ingesta d'una certa quantitat d'alcohol, i de fet, pren aquesta substància per continuar bevent, i per tant podríem considerar que l'alcohol és la droga principal (caldrà valorar-ho més a fons, en les properes entrevistes).

Pel que fa al diagnòstic, penso que podríem estar davant d'un CASD de trastorn per abús d'alcohol i un trastorn per abús de cocaïna. Tanmateix, caldria veure si hi ha associats altres possibles trastorns induïts o no per la ingesta de psicotròpics.

En aquest CASD, la intervenció psicoterapèutica tindrà com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient. En aquest CASD, caldrà fer controls d'orina per assegurar-nos que realment estigui abstinent..
- La deshabitució psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient. Per exemple, fer un control d'estímuls: continuar evitant les sortides nocturnes, i realitzar un programa d'activitats: fer esport (va comentar que li agradava fer esport), sortir al cinema...
- Pel que fa a la decisió de deixar els estudis en aquest moments, reflexionar sobre el fet de realitzar els exàmens finals, per parlar-ho a la propera sessió.
- A més s'hauria d'incloure als pares en el programa d'intervenció. De fet, aprofitant que han vingut a acompanyar al seu fill, se'ls cita perquè vinguin a la propera sessió per parlar amb ells sobre el seu fill.

### CAS 9 (18/05/04)

**Entrevista:** Home de 19 anys, amb estudis primaris. Fins fa uns mesos treballava com a mosso de magatzem en una petita empresa, però ara està a l'atur. Viu amb els pares. Ve per iniciativa pròpia perquè vol deixar la cocaïna. Va iniciar el consum d'aquesta substància ara fa un any. Primer realitzava consums esporàdics, però mica a mica, va anar incrementant el consum 2 o 3 dies a la setmana, sobretot els caps de setmana. L'agost de l'any passat, va intentar deixar-ho, perquè la seva parella actual, una noia que està també en tractament de deshabitució a la cocaïna al centre, va fer un intent d'autolisi, motiu pel qual va ser ingressada a l'IMPU durant un mes. Això el va afectar molt, i tot i que en un primer moment, va intentar deixar la cocaïna sense l'ajuda de ningú, ha continuat consumint d'amagat amb els amics, incrementant el consum fins a arribar a consumir d'un a 2 grams diaris. Ara fa un mes, la seva parella es va adonar que ell continuava consumint cocaïna, i el va amenaçar amb acabar la seva relació amb ell, si no deixava la cocaïna. Refereix que les relacions amb la família no son bones. Discuteix molt amb els seus pares, està agressiu i en varies ocasions ha robat diners per poder comprar cocaïna, fins el dia que el va enxampar la seva mare. Ell li va dir que necessitava diners per posar benzina a la moto. En relació als seus pares, els hi ha comentat que venia al centre per fer un tractament per deixar el hatxís. Diu que prefereix no dir la veritat, en relació al fet que bé pel consum de cocaïna, ja que pensa que podria donar un disgust molt fort a la seva mare. Segons comenta el pacient, el que més li preocupa és que la seva parella el pugui deixar, i que els seus pares puguin arribar a saber que té un problema amb la cocaïna. Segons comenta ell mateix, el metge del centre li ha donat unes pastilles pels nervis i per poder dormir, la que refereix sentir-se nerviós, i té problemes per dormir al vespre.

<b>Tractament farmacològic:</b>	Trankimazín 1 mg:	1-0-1
	Noctamid 1mg:	0-0-1

**Comentari: Trankimazín**  
**Principi actiu:** Alprazolam 1 mg.  
**Mecanisme d'acció:** Benzodiazepina.  
**Indicacions:** Actua eficaçment sobre els estats d'ansietat i està dotat d'una activitat específica en les crisis d'angoixa.

**Comentari: Noctamid**  
**Principi actiu:** Lormetazepam 1 mg.  
**Mecanisme d'acció:** Ansiolíticbenzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Posseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.  
**Indicacions:** Inductor del son.

**Possible evolució del cas:** Aquest pacient pateix un trastorn per dependència a la cocaïna i en ell podem observar alguns efectes secundaris derivats de l'abstinència d'aquesta substància. D'altra banda, en les properes sessions, caldria valorar, si hi han associats altres trastorns induïts per l'excés de cocaïna, o que puguin tenir un origen diferent: Trastorn de ansietat, Trastorn de l'estat d'ànim, algun trastorn de la personalitat...

Per tal de fer un pronòstic sobre l'evolució d'aquest cas, penso que seria important esbrinar tots els factors de risc que hi puguin està relacionats. Per exemple, l'inici precoç en l'ús de la droga (pensem que als 18 anys va començar a consumir), el fet que la seva parella hagi tingut problemes amb la cocaïna i estigui en tractament al centre per aquest motiu, si segueix veient-se amb els amics amb els que prenia cocaïna, el fet que no vulgui dir res als seus pares, l'argumentació que fa del problema...

En aquest cas, la intervenció psicoterapèutica podria tenir com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient.
- La deshabitució psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient.
- Desenvolupar pautes de conducta per evitar el consum de cocaïna: evitar sortides nocturnes, no sortir amb persones usuàries de drogues, fer esport...
- Prevenció de recaigudes.

### CAS 10 (18/05/04)

**Entrevista:** Home de 23 anys, amb el graduat escolar (ESO) finalitzat. Actualment treballa de reponedor en un hospital. Com antecedents cal destacar que els seus pares biològics eren drogodependents. El seu pare biològic va morir de sobredosi. De la seva mare no en sap res. Ell va ser adoptat quan tenia 5 anys per una família. Va iniciar el consum de cocaïna ara farà uns dos anys, i la freqüència de consum era d'uns 2 o 3 dies en setmana, sobretot coincidint amb les sortides amb amics, els caps de setmana. Fa un any va morir el seu pare adoptiu. En aquest moment va decidir anar a viure amb un amic. Des de llavors, la cosa ha anat a pitjor, i fins fa un mes, prenien uns 2 o 3 grams de cocaïna al dia via nasal. Diu que des de que va morir el seu pare adoptiu, tot ho veia negre, res l'importava, plorava, no tenia forces per fer res, es llevava tard, no podia dormir als vespres.... Fa aproximadament un mes, va pensar que la cosa no podia continuar així, que estava perdent la seva vida, i va decidir demanar ajuda a la seva mare adoptiva. Va tornar a casa, i actualment està treballant amb un tiet seu de reponedor a un hospital, així diu, el tiet també el pot controlar.

Refereix sentir-se molt malament perquè el cap de setmana passat va sortir amb els amics, i va tornar a consumir cocaïna, tot i haver estat abstinent durant un mes. Sent que no pot afrontar sol la situació, i ha vingut al centre per iniciativa pròpia, per veure si el podem ajudar, ja que pensa que per ell sol, no hauria pogut sortir-se'n.

**Possible evolució del cas:** Aquest és un pacient amb trastorn per dependència a la cocaïna, en el que a més, veiem que ha tingut antecedents familiars de trastorns per dependència a psicotròpics en els seus pares biològics.

Aquest cas, a més, ens serveix per reflexionar sobre la possibilitat de que en els trastorns per dependència a substàncies, hi hagin implicats factors genètics, tot i que encara estem lluny de descobrir quins gens hi podrien estar implicats.

A més, penso que en les properes sessions, caldria valorar, si hi han associats altres trastorns induïts per l'excés de cocaïna, o que puguin tenir un origen diferent: Trastorn de ansietat, Trastorn de l'estat d'ànim, algun trastorn de la personalitat...

En aquest sentit, per exemple, com a conseqüència de la mort del seu pare adoptiu, el pacient hauria pogut desenvolupar un trastorn distímc: *"tot ho veia negre, res l'importava, no tenia forces per fer res, plorava, es llevava tard, no podia dormir als vespres"*

En aquest cas, la intervenció psicoterapèutica podria tenir com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient.
- La deshabitució psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient.
- Desenvolupar pautes de conducta per evitar el consum de cocaïna: evitar sortides nocturnes, no sortir amb persones usuàries de drogues, fer esport...
- Prevenció de recaïdes.

A més, donat que el pacient ens comenta que la seva mare adoptiva sap del seu problema, i li ha ofert ajuda, penso que seria important incloure-la en el programa d'intervenció psicoterapèutica. En aquest sentit, podríem programar una visita amb la mare per parlar sobre el trastorn del seu fill, com valora ella aquest trastorn, com creu que el pot ajudar...

Finalment, també seria important que el pacient realitzés un seguiment mèdic amb un metge del centre, per valorar si necessita tractament farmacològic tan pel trastorn per dependència a la cocaïna i pels altres trastorns que de forma hipotètica puguin estar associats, com la possibilitat d'una distímia.

### CAS 11 (24/05/04)

**Entrevista:** Dona de 49 anys, amb estudis primaris incomplets. Està casada, té un fill casat. Regenta un bar amb el seu marit, ella prepara els menjars i el marit serveix a la barra. Refereix que té problemes amb el alcohol des de fa uns 6 mesos. Beu uns 100 gr/alcohol diaris. La pacient comenta que beu quan se sent deprimida. Quan té un disgust beu perquè així "tapa la seva tristor". Segons diu, se sent malament des de la mort del seu germà, l'agost de l'any passat. Segons explica, les relacions amb el marit son bones, perquè de fet, no sap res del seu problema. El seu fill tampoc sap res del problema. Ha vingut per iniciativa pròpia, derivada pel metge de capçalera, perquè vol que l'ajudem a controlar el problema que té des de fa uns mesos amb la beguda.

El metge de capçalera li va receptar un antidepressiu i unes pastilles per dormir, però ella continua tenint problemes.

<b>Tractament farmacològic:</b>	Seroxat:	1-0-0
	Orfidal 0,5mg:	0-0-1
<b>Seroxat</b>		
<b>Principi actiu:</b> Paroxetina 20 mg		
<b>Mecanisme d'acció:</b> La paroxetina és un agent antidepressiu, que actua facilitant de forma selectiva la neurotransmissió serotoninèrgica, mitjançant inhibició de la recaptació sinàptica de serotonina. És un anàleg de la fluoxetina.		
<b>Indicacions:</b> Depressió, trastorn obsessivo-compulsiu, crisis d'angoixa.		

**Comentari: Orfidal**  
**Principi actiu:** Lorazepam 1 mg.  
**Mecanisme d'acció:** Ansiolític benzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Poseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.  
**Indicacions:** Neurosis (d'ansietat, fòbica, histèrica). Insomni. Alcoholisme. Pànic entre altres.

En aquest sentit, la pacient haurà de fer un seguiment mèdic amb el metge del nostre centre, per valorar, fins a quin punt aquest tractament és adequat, i per incloure, si cal, algun interdicte de l'alcohol, com podria ser l'antabús o el distraneurine.

**Possible evolució del cas:** En les properes sessions, caldria esbrinar si estem davant d'un trastorn per abús o un trastorn per dependència a l'alcohol. I també, si hi han associats altres trastorns induïts per aquesta substància, o que puguin tenir un origen diferent: Trastorn de l'estat d'ànim, trastorn de ansietat, algun trastorn de la personalitat...

Pensem per exemple, que la dona situa l'abús coincidint amb la mort d'un germà seu. Per tant, caldria valorar fins a quin punt, aquest fet ha sigut el veritable desencadenant de l'abús d'alcohol.

En la meua opinió, el fet que l'abús d'alcohol s'hagi perllongat només durant uns sis mesos, ens podria fer pensar en un pronòstic favorable en aquest cas. Tanmateix, penso que seria important, en la mesura que ella accepti, integrar al seu marit en la intervenció terapèutica, en la mesura que treballen junts i penso que pot ser una peça clau per donar suport a la seva esposa, en aquests moments en que la dona, se sent deprimida i decideix beure per "tapar la tristor".

La intervenció psicoterapèutica podria tenir com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient.
- La deshabitació psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient.
- Prevenició de recaigudes.

### CAS 12 (24/05/04)

**Entrevista:** Home de 26 anys. Amb estudis de formació professional no finalitzats. Viu amb els seus pares. Treballa en una multinacional metal·lúrgica, en la que també treballa un germà i el pare. Va iniciar el consum de cocaïna quan feia el servei militar. Després ho va deixar. Té parella, amb la que té plans de casar-se d'aquí a uns dos anys. Refereix que fa un any va començar novament a prendre cocaïna, amb els companys de feina, eren consums esporàdics, però a finals de l'any passat, coincidint amb la mort d'un company en un accident laboral, va començar a abusar més i més d'aquesta substància. Ells i altres companys van presenciar l'accident, i des de llavors, la cosa ha anat a pitjor. Va haver d'agafar la baixa per depressió, durant aproximadament 3 mesos, fins març del 2004. Segueix tractament psicoterapèutic amb un psicòleg de la mútua de treball de la feina. Primer hi anava un cop al mes, però des de fa uns 2 mesos hi va un cop a la setmana. La psicòloga de la mútua sap el problema que té amb la cocaïna i que ha vingut al nostre centre per tractar-se. Ara fa una setmana, va tornar a agafar la baixa, perquè no se sent ve en el treball. La seva parella i la seva família saben del seu problema i el recolzen. Ha vingut acompanyat del seu pare, amb el que diu tenir una bona relació. Diu que vol fer el que calgui per tal de superar la seva addicció.

Un cop finalitzada l'entrevista, el noi demana si pot passar el seu pare, per parlar amb la psicòloga. Ella hi accedeix. El pare explica que a l'empresa on treballen hi ha una persona de dins que ven droga. El pare ha parlat amb els seus caps perquè vol aconseguir que traslladin al seu fill a la secció on ell treballa, perquè puguin fer el mateix torn de treball. Per aquest motiu, i en combinació amb el metge de l'empresa, el noi ha agafat novament la

baixa, fins que es produeixi aquest canvi de torn. De fet, el pare creu que la propera setmana, el seu fill ja es podrà incorporar a la seva secció.

La psicòloga els explica que se li programarà visita amb el metge, per analitzar si necessita tractament farmacològic, i visita amb un psicòleg del centre. Tanmateix, argumenta que com el noi està seguint tractament psicològic a la mútua, potser no és necessari que hi intervingui un segon psicòleg. En qualsevol cas, comenta que el centre haurà de parlar amb el psicòleg que l'està tractant, per veure com es podria coordinar la intervenció entre el centre i el psicòleg que ja l'està tractant actualment, i amb el que el noi refereix tenir una bona relació.

També ens comenta que segueix tractament antidepressiu, tot i que no recorda els noms dels fàrmacs. Per tant, seria oportú programar una visita amb el metge del centre, per valorar l'adequació del tractament farmacològic que està seguint i fer un seguiment mèdic en el procés terapèutic del centre.

**Possible evolució del cas:** En la meua opinió, penso que caldria valorar fins a quin punt el pacient pateix un trastorn per abús o per dependència a la cocaïna. Tanmateix en aquest cas hi podem trobar associat un trastorn per estrès agut, relacionat amb l'experiència traumàtica de veure l'accident laboral en el que va perdre la vida un company de feina.

En aquest sentit, donat que el pacient està predisposat a superar la seva addicció i que compte amb el recolzament de la seva família i la seva parella, ens fa pensar en un pronòstic favorable en l'evolució d'aquest cas.

Del fet que el propi pare, ja hagi parlat amb la psicòloga, crec que seria important integrar-lo a ell, i perquè no, a la mare i a la parella del pacient, en la intervenció psicoterapèutica.

La intervenció psicoterapèutica podria tenir com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient.
- La deshabitució psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient.
- Desenvolupar pautes de conducta per evitar el consum de cocaïna: sortir amb la parella, parlar amb la parella o amb els pares quan se senti angoixat, tornar a fer esport, per exemple futbol (el pacient abans havia jugat a futbol), programar sortides amb el pare...
- Prevenció de recaigudes.

### Casos observats del grup de teràpia d'alcoholisme

#### CAS 1 OH (26/03/04)

Home de 70 anys, pensionista i amb estudis primaris. Va iniciar el consum d'alcohol als 16 anys d'edat, però no és fins als 27 anys, que començar a abusar d'aquesta substància. Actualment viu amb la seva esposa, amb la que té bones relacions i coneix el seu trastorn de dependència a alcohol. Li van retirar el permís de conduir per conduir sota els efectes de l'alcohol. Abans d'acudir al nostre centre, no havia fet cap tractament. Va iniciar tractament en el CASD per voluntat pròpia el març del 2003 i es va mantenir uns 7 mesos abstinent fins l'octubre d'aquell mateix any, sense necessitat de cap medicació. El mes de novembre decideix beure de nou i fa una recaiguda durant 2 dies, en que beu de manera compulsiva, justificant-lo en el fet que està molt enfadat amb la seva filla, perquè aquesta, havia

mantingut relacions amb un altre home mentre estava casada, i es va separar per viure amb aquesta altre parella, sense dir-li res al seu pare. Després d'aquesta recaiguda sent molt remordiments i durant uns dies es queda a casa sense sortir i se sent molt deprimat. Arrel d'aquest fet, el metge que li fa el seguiment al centre, decideix administrar-li dos medicaments: l'antabús i la fluoxetina. A més, li comenta la possibilitat d'assistir a la teràpia de grup d'alcoholisme. En els mesos següents, entre desembre i gener, el pacient no pren l'antabús, fa consums esporàdics d'alcohols, la darrera vegada durant les festes de Nadal i no acudeix a teràpia de grup. El gener d'aquest mateix any, el pacient diu que se sent molt deprimat, que vol deixar definitivament l'alcohol i vol assistir a teràpia de grup. El metge li administra novament l'antabús i fluoxetina. Des de gener fins a l'abril d'aquest any, el pacient ha seguit abstinent, i assisteix a la teràpia de grup de manera regular.

**Tractament farmacològic:** Antabús 250 mg: 1-0-0  
Fluoxetina 20 mg: 1-0-0

### **Antabús** (comprimits)

**Principi actiu:** Disulfiram 250 mg.

**Mecanisme d'acció:** El disulfiram inhibeix l'aldehid deshidrogenasa, amb la qual cosa s'acumula acetaldehid. Els efectes tòxics de l'acetaldehid es manifesten per vasodilatació, dificultats respiratòries, nàusees, vertígens, sudoració i confusió. L'eficàcia terapèutica rau en el fet que el pacient suposadament no ingerirà alcohol estant sota els efectes d'aquesta medicació per evitar aquests efectes.

**Indicacions:** Trastorn per dependència d'alcohol.

### **Fluoxetina**

**Principi actiu:** Fluoxetina 20 mg

**Mecanisme d'acció:** antidepressiu derivat de la fenilpropilamina, substància que actua inhibint de forma selectiva la recaptació de serotonina a la membrana presinàptica neuronal, amb la que es potencia l'efecte d'aquest neurotransmissor.

**Indicacions:** Depressió, bulímia i trastorn obsessivo-compulsiu.

**Possible evolució del cas:** En aquest pacient, a banda del trastorn per dependència d'alcohol, podem observar associat un trastorn de l'estat d'ànim, que és molt habitual en aquest tipus de casos, ja que l'alcohol és una substància que té efectes bifàsics, estimulants en dosis baixes i depressora en dosis més altes. Donat que només fa 3 mesos que el pacient està abstinent, és difícil preveure com evolucionarà, tot i que el fet que, el trastorn per dependència d'alcohol es perllongui al llarg de més de 40 anys, ens fa pensar en un trastorn crònic, en el que és possible que el pacient, tot i mantenir-se abstinent durant períodes moderadament llargs de temps, tingui algunes recaigudes, coincidint, amb algun aconeteixement familiar.

### **CAS 2 OH (26/03/04)**

Home de 53 anys, treballa de comercial i amb estudis secundaris. Va iniciar el consum d'alcohol als 20 anys, i situa l'abús als 42 anys. Està casat i té una filla. Se sent molt recolzat per la seva família en la seva problemàtica amb l'alcohol. Havia fet un tractament anterior el gener de 2003 per deixar l'alcohol amb el metge de capçalera, qui li va administrar besitran i orfidal. Des de gener fins al maig de l'any passat es manté abstinent, i només fa una recaiguda per Setmana Santa. El Maig de l'any passat acudeix al CASD de Nou Barris per seguir un tractament i deixar definitivament el alcohol. El pacient refereix haver fet un consum excessiu d'alcohol durant un període de 3 anys, que atribueix a l'estrès laboral, coincidint amb una amenaça de tancament de l'empresa on treballa i a les dificultats

de relació amb la seva filla adolescent, relacions que han millorat des de que va deixar l'alcohol al gener de 2003. Se sent irritable, agressiu i té canvis d'humor amb la seva dona, fins al punt que aquesta el compara amb "Dr. Jekyll i Mr. Hyde". El mes de Juny de 2003 i coincidint amb l'operació de cor del seu pare, es reafirma en la seva voluntat de deixar definitivament l'alcohol, no sent la necessitat de prendre alcohol (no craving), i té confiança en ell mateix per superar la seva addicció. Des de llavors, quan té problemes, en comptes de "refugiar-se en l'alcohol" parla amb la seva dona, amb la que han millorat molt les relacions, també amb la seva filla. Durant els mesos d'estiu del 2003 es va mantenir abstinent, i en el mes de setembre, va començar a assistir a la teràpia de grup d'alcoholisme. Des de que va iniciar la teràpia de grup, ha vingut regularment a les sessions, i s'ha mantingut abstinent, i en el treball les coses li van millor des de que va deixar de beure, fins al punt que el febrer d'aquest any li han proposat de coordinar a un grup de gent. El pacient se sent molt motivat, perquè les relacions familiars i laborals han millorat molt des de que va deixar la beguda l'any passat. Actualment, s'està plantejant deixar de fumar.

**Tractament farmacològic:** Besitran 50 mg: 1-0-0  
Orfidal: 0-0-1

### Besitran

**Principi actiu:** Sertralina 50 mg.

**Mecanisme d'acció:** Antidepressiu derivat de la naftalenamina. Actua inhibint de forma selectiva la recaptació de serotonina en la membrana presinàptica neuronal, amb el que es potencia l'efecte d'aquest neurotransmissor. El seu efecte és molt lleu sobre la recaptació de noradrenalina i dopamina. Careix d'activitat estimulants, sedants, anticolinèrgica o cardiotòxica en animals. En humans, no ha produït sedació ni interfereix en l'activitat psicomotora.

**Indicacions:** Depressió: tractament dels símptomes i prevenció de recaigudes de l'episodi inicial de la depressió o de nous episodis depressius. Trastorn obsessivo-compulsiu (TOC), Pànic amb o sense agorafòbia.

**Comentari: Principi actiu:**  
Lorazepam 1 mg.

**Mecanisme d'acció:**  
Ansiolític benzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibitor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Poseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.

**Indicacions:**  
Neurosis (d'ansietat, fòbica, histèrica). Insomni.  
Alcoholisme. Pànic entre altres.

**Possible evolució del cas:** En el trastorn per dependència d'alcohol d'aquest pacient, es pot observar algunes de les característiques comportamentals d'aquest trastorn: irritabilitat, agressivitat, canvis d'humor que afecten les relacions afectives i laborals del pacient...

En aquest cas, si tenim en compte la predisposició del pacient a deixar l'alcohol, que fa un any que està abstinent (només ha tingut una recaiguda d'1 dia per Setmana Santa 2003), i que el context familiar i laboral és positiu, podem pensar en un pronòstic favorable, en el sentit que el pacient pugui superar definitivament el trastorn per dependència a l'alcohol.

Tanmateix, en la propera sessió del grup d'alcoholisme, que tindrà lloc el 23 d'abril (el 16 no n'hi ha), seria interessant veure com ha passat aquest pacient la Setmana Santa, donat que la darrera recaiguda es va produir en aquesta època.

### CAS 3 OH (09/04/04)

Home 48 anys, ha realitzat diferents treballs al llarg de la seva vida, però actualment està en atur. Té estudis primaris. Va iniciar el consum d'alcohol als 16 anys i situa l'abús als 20. Va ser derivat per l'assistenta social del CAP, i va iniciar tractament al CASD ara fa uns 3 anys. Ha realitzat alguns tractaments previs, amb el metge de capçalera i en una associació gestionada per pacients que han superat la seva addicció a l'alcohol i s'ha mantingut abstinent durant alguns anys. Les darreres recaigudes les relaciona amb la mort dels seus pares. Les relacions familiars no són bones, a causa de la seva dependència a l'alcohol. Està divorciat i té dos fills, als que no veu des de fa anys. Actualment només té relació amb



un germà seu. No té domicili propi i ha passat temporades dormint al seu cotxe, o bé en alguna associació benèfica. El pacient diu que la seva addicció li ha arruïnat la vida, i està disposat a fer el que calgui per sortir-se'n d'aquesta situació. En un primer moment, el metge li proposa fer un tractament farmacològic, i li administra 3 medicaments: Antabús, Seroxat i Rexer. Al llarg del temps, l'evolució del pacient és bona, tot i tenir recaigudes esporàdiques. Després d'uns mesos de tractament, el pacient ha aconseguit viure en un pis social i participa en el centre d'activitats del CASD i, esporàdicament fa algun treball. Al cap d'un cert temps, el pacient demana de seguir psicoteràpia i participar en la teràpia de grup, tot i que al principi del tractament al centre, no ho veia necessari.

**Tractament farmacològic:** Antabús 250 mg: 1-0-0  
Rexer 30mg: 1-0-0  
Seroxat 20 mg: 1-0-0

### **Antabús** (comprimits)

**Principi actiu:** Disulfiram 250 mg.

**Mecanisme d'acció:** El disulfiram inhibeix l'aldehid deshidrogenasa, amb la qual cosa s'acumula acetaldehid. Els efectes tòxics de l'acetaldehid es manifesten per vasodilatació, dificultats respiratòries, nàusees, vertígens, sudoració i confusió. L'eficàcia terapèutica rau en el fet que el pacient suposadament no ingerirà alcohol estant sota els efectes d'aquesta medicació per evitar aquests efectes.

**Indicacions:** Trastorn per dependència d'alcohol.

### **Rexer**

**Principi actiu:** Mirtazapina 15 mg

**Mecanisme d'acció:** Antidepressiu tetracíclic derivat piperazinoazepínic, anàleg de la mianserina. La seva acció antidepressiva deriva de la seva capacitat per modificar la neurotransmissió serotoninèrgica i noradrenèrgica. La mirtazapina actua antagonitzant els receptors de la serotonina (5-HT), especialment els subtipus 5-HT<sub>2</sub> i 5-HT<sub>3</sub>, així mateix, és un antagonista potent dels receptors alfa<sub>2</sub>-adrenèrgics presinàptics, augmentant la neurotransmissió adrenèrgica, pràcticament sense modificar la recaptació de noradrenalina. També té propietats antihistamíniques H<sub>1</sub>, responsable de l'efecte sedant.

La resposta terapèutica es major en presència de símptomes tals com: anhedonia, inhibició psicomotora i pèrdua de pes.

**Indicacions:** Depressió.

### **Seroxat**

**Principi actiu:** Paroxetina 20 mg

**Mecanisme d'acció:** La paroxetina és un agent antidepressiu, que actua facilitant de forma selectiva la neurotransmissió serotoninèrgica, mitjançant inhibició de la recaptació sinàptica de serotonina. És un anàleg de la fluoxetina.

**Indicacions:** Depressió, trastorn obsessivo-compulsiu, crisis d'angoixa.

**Possible evolució del cas:** En aquest pacient, a banda del trastorn per dependència d'alcohol, caldria analitzar, al llarg de la psicoteràpia, si ha patit o pateix d'altres possibles trastorns induïts per l'alcohol: Delirium per intoxicació d'alcohol, delirium per abstinència d'alcohol, trastorn amnèsic, trastorn psicòtic, tractor de l'estat d'ànim, trastorn d'ansietat... Tot i que en aquest cas hi ha alguns factors de risc que ens podrien fer un pronòstic desfavorable: factors psicològics del pacient, la durada de l'addicció al llarg de més de 20 anys, la manca de lligams afectius del pacient i la manca de suport familiar... Tanmateix, el pacient ha establert un bon vincle amb el centre, assisteix regularment a les visites mèdiques, psicoterapèutiques i a la teràpia de grup, fet que ens fa pensar en una evolució del pacient molt favorable.

### CAS 4 OH (16/04/04)

Home de 40 anys, és tècnic de TV i ha fet estudis fins a COU. Actualment està en atur i no rep cap tipus d'ajut. Està solter i viu amb el seu pare en un pis de propietat. La seva mare va morir fa anys. Va iniciar el consum d'alcohol als 17 anys, tot i que situa l'abús ara fa uns 10 anys, quan en tenia 30. Va iniciar tractament al centre fa uns 2 anys. Va començar a beure per desinhibir-se, per treure's la vergonya. Diu que els seus pares no li deien res si arribava borratxo a casa. El mateix any que va començar a beure va patir un "Delirium Tremens", veia bitxos i coses estranyes, ho va passar molt malament. Fa uns 10 anys, treballava de tècnic en TV i feia treballs esporàdics. Diu que a vegades, no podia anar a treballar i no passava res.

El fet de no anar a treballar ho relaciona amb que tenia por a la gent, a les aglomeracions, al metro. Ara fa uns 4 anys va morir la seva mare i la cosa va anar a pitjor. Com el seu pare és gran, ell s'ocupa d'anar a comprar, però de vegades ho passa molt malament, perquè té por de sortir al carrer. El seu pare és la única raó per continuar vivint, i per això, el dia que el seu pare falti, ell s'anirà "darrera seu"...El pacient diu que quan li "torna la depressió" no pot sortir de casa, té por de sortir. Aleshores el que fa es beure coca-cola, per "mantenir-se actiu". En relació a la seva mare el va sobreprotegir quan era petit, i potser per aquesta raó té por. Diu que si l'hagués portat al metge quan era petit potser ara no estaria així. Té por quan veu un policia pel carrer, creu que el detindran sense cap motiu. Diu que una vegada quan tenia 18 anys, amb un amic van fer "una mossegada a una dona", ( explica que una mossegada és un atracament), i que gràcies a que el seu amic coneixia al comissari de l'aeroport, no els va passar res. Refereix tenir pensaments estranys. L'altre dia va veure una màquina al carrer que treia fum, es va enfadar i es va posar molt nerviós.

El pacient segueix tractament farmacològic i psicoterapeutic al centre.

<b>Tractament farmacològic:</b>	Distraneurine 192 mg:	1-0-0
	Motivan 200 mg:	1-0-0
	Lexatin 1,5 mg:	1-0-1
<b>Distraneurine</b>		
<b>Principi actiu:</b> Clometiazol 192.00 mg		
<b>Mecanisme d'acció:</b> Derivat tiazòlic amb activitat hipnòtica, ansiolítica i antiepilèptica. És d'utilitat en el tractament simptomàtic de la retidada d'alcohol.		
<b>Indicacions:</b> Abstinència alcohòlica, incloent "delirium tremens.		
<b>Motivan</b>		
<b>Principi actiu:</b> Paroxetina 20 mg		
<b>Mecanisme d'acció:</b> La paroxetina és un agent antidepressiu, que actua facilitant de forma selectiva la neurotransmissió serotoninèrgica, mitjançant la inhibició de la recaptació sinàptica de serotonina. Anàleg a la fluoxetina.		
<b>Indicacions:</b> Depressió, trastorn obsessiu compulsiu, angoixa, fòbia social.		

**Comentari: Lexatin**

**Principi actiu:**  
 Bromazepam 1,5 mg  
**Mecanisme d'acció:**  
 Ansiolític benzodiazepínic d'acció intermitja. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba en el cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Té activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.  
**Indicacions:** Neurosis (malalties que cursin amb ansietat, angoixa, obsessions, compulsions, fòbies e hipocondria), reaccions emocionals exagerades, dificultat de contacte interpersonal i comunicació (trastorns de conducta, agressivitat excessiva), organoneurosis.

**Possible evolució del cas:** Aquest pacient, a banda del trastorn per dependència d'alcohol, també experimenta fòbia social. A més, conjuntament amb el al trastorn per dependència d'alcohol, en aquest cas, podria haver associat un possible trastorn psicòtic induït per alcohol amb idees delirants. Tanmateix això és només una hipòtesis, i a la llum de les dades, no podem estar segurs de que, en aquest pacient hi hagi associat un trastorn psicòtic, o que aquest no tingui una etiologia diferent.

Amb la informació que tenim d'aquest cas, en funció de l'etiologia del trastorn psicòtic que sembla confluïr en aquest pacient i d'altres factors de risc relacionats: factors psicològics, el vincle afectiu que manté amb el seu pare com l'única persona per la qual ha de continuar vivint, i la inexistència de vincles afectius amb altres agents socialitzadors fora de la família, no fan pensar en un bon pronòstic del cas, en el moment per exemple, que es produeixi la mort del pare.

### CAS 5 OH (23/04/04)

Home de 41 anys. Va iniciar el consum d'alcohol als 22 anys i situa l'abús als 27, bevent uns 200 gr. d'alcohol diaris. Va ser derivat pel metge de capçalera, per realitzar una desintoxicació pels seus problemes amb el alcohol. Les relacions amb la família son bones, excepte amb la seva dona, de la que es va divorciar. Atribueix el consum d'alcohol a la seva relació amb la dona i a l'estrès laboral. Actualment viu amb el pare, que també havia tingut problemes de beguda, ja que la seva mare va morir ara fa uns anys de càncer... Des de que va iniciar tractament al CASD, l'any 2000, fins al 2004, el pacient ha tingut varies recaigudes. Quan mora la seva mare, el Juny del 2002, el pacient està abstinent durant aproximadament un any, fins al Maig del 2003, moment en que es separa de la seva dona. Posteriorment, durant aquest mateix any, té dues recaigudes més, en els mesos de novembre i desembre, i el febrer del 2004. Des de febrer està abstinent. El pacient, que des de el principi de tractament, era molt reaci a prendre medicaments, creient que podia superar el trastorn per sí sol, en el mes de febrer, accedeix a prendre medicació.

<b>Tractament farmacològic:</b>	Antabús 250 mg:	1-0-0
	Fluoxetina 20 mg:	1-0-0

**Possible evolució del cas:** En aquest cas, donat que el pacient des de que va començar el tractament, ha tingut varies recaigudes ( 9 en total) es fa difícil fer de moment un pronòstic del tot favorable. Tot i això, cal dir que, les recaigudes s'han anat reduint al llarg del temps, així mentre l'any 2002 es van produir 6 recaigudes, l'any 2003, només es varen produir 2, i de moment l'any 2004, només un.

En aquest sentit, la intervenció psicològica, durant aquests primes dos anys, s'ha centrat en:

- Retenir el pacient en tractament, per fer-lo conscient del seu problema i implicar-lo activament en el tractament: primer amb psicoteràpia individual, i en segon lloc, des de principis d'any, també en teràpia grupal.
- Reduir els riscos derivats del consum abús d'alcohol i que el pacient es mantingués abstinent, el màxim de temps possible.
- Eliminar la dependència psicològica desenvolupant hàbits substitutoris al consum d'alcohol.
- Controlar les recaigudes, i analitzar els factors relacionats a aquestes, per tal de possibilitar un canvi d'hàbits i actitud del pacient.

**Comentari: Antabús**  
 (comprimits)  
**Principi actiu:** Disulfiram 250 mg.  
**Mecanisme d'acció:** El disulfiram inhibeix l'aldehid deshidrogenasa, amb la qual cosa s'acumula acetaldehid. Els efectes tòxics de l'acetaldehid es manifesten per vasodilatació, dificultats respiratòries, nàusees, vertígens, sudoració i confusió. L'eficàcia terapèutica rau en el fet que el pacient suposadament no ingerirà alcohol estant sota els efectes d'aquesta medicació per evitar aquests efectes.  
**Indicacions:** Trastorn per dependència d'alcohol.

**Comentari: Fluoxetina**  
**Principi actiu:** Fluoxetina 20 mg  
**Mecanisme d'acció:** antidepressiu derivat de la fenilpropilamina, substància que actua inhibint de forma selectiva la recaptació de serotonina a la membrana presinàptica neuronal, amb la que es potencia l'efecte d'aquest neurotransmissor.  
**Indicacions:** Depressió, bulímia i trastorn obsessivo-compulsiu.

### CAS 6 OH (7/05/04)

Home de 30 anys. Estudis de batxillerat i FP inacabats. Treballa com a comercial. Actualment està pendent d'un trasllat de feina. Com antecedents familiars, hem de destacar que el seu pare, que ja és mort, era alcohòlic. Les relacions familiars són bones, tot i que la mare li reprotxa que no hauria de beure tant. Està casat i té una filla de 5 anys i un fill d'un any. Va iniciar el consum d'alcohol als 17 anys i diu que ha tingut episodis d'excés de beguda, i d'altres en els que no beu gens. Refereix que no sap si es tracta d'un vici o d'un mal hàbit i que normalment els excessos es produeixen en èpoques en les que ell està més tranquil, ja que, quan té feina i està molt estressat, pot passar períodes llargs sense beure res. Fa uns quatre mesos, ha tornat a beure. No sap que li passa, però abans de tornar a casa, sent la necessitat de parar en algun bar i prendre algunes cerveses amb els amics i parlar. A més, quan arriba a casa, després de sopar, de vegades surt un altre cop, amb alguna cosa, per tornar a beure. En total pot beure entre 5-10 cerveses en una tarda. Explica que a casa no pot beure, per "uns problemes que van passar", i tampoc beu amb la seva dona quan surt amb ella i els seus fills. Diu que vol deixar de beure, perquè ell té obligacions, com a pare de família que és. De moment està content, perquè des de fa dues setmanes, després de visitar-se amb el metge i amb el tractament que està prenent, no sent masses ganes de beure. A més, creu que li ajudaria parlar amb un psicòleg, perquè creu que hi ha coses del passat, com la mort del seu pare, que no té resoltes.

<b>Tractament farmacològic:</b>	Distraneurine 192 mg:	1-0-0
	Lexatin 1,5 mg:	1-0-1
	Noctamid 1 mg:	0-0-1

**Possible evolució del cas:** En la meua opinió, crec que en aquest pacient, hauríem de valorar en les properes sessions, si estem davant d'un cas de trastorn per dependència o un trastorn per abús a l'alcohol.

En aquest sentit, la intervenció psicoterapèutica tindrà com a objectiu a curt termini:

- L'abstinència del pacient: En un primer moment se li dona distraneurine, però a mig plaç, en funció de com sortin els controls d'orina, potser caldria plantejar-se l'administració d'antabús.
- La deshabitució psicològica i la millora de l'estat psicològic del pacient. Per exemple, fer un **control d'estímuls**: evitar anar als bars i realitzar un **programa d'activitats**: sortir amb la família, sortir al cinema, fer esport...
- Citar la seva parella, per veure en quina mesura es podria implicar en el tractament.

Més endavant, en funció de com evolucioni el pacient, ens podríem plantejar la seva inclusió al grup d'alcoholisme.

### CAS 7 OH (28/05/04)

Home de 34 anys. Amb estudis de formació professional finalitzats. Treballa de forner i regenta un negoci propi. Està casat i té dos fills. Refereix iniciar l'abús d'alcohol quan tenia 31 anys, coincidint amb una època d'estrès i molts deutes quan engegava el forner que regenta. També ha pres cocaïna i cannabis de forma esporàdica, quan era jove, però ara,

**Comentari: Distraneurine**  
**Principi actiu:** Clometiazol 192.00 mg  
**Mecanisme d'acció:** Derivat tiazòlic amb activitat hipnòtica, ansiolítica i antiepilèptica. És d'utilitat en el tractament simptomàtic de la retidada d'alcohol.  
**Indicacions:** Abstinència alcohòlica, incloent "delirium tremens".

**Comentari: Lexatin**  
**Principi actiu:** Bromazepam 1,5 mg  
**Mecanisme d'acció:** Ansiolític benzodiazepínic d'acció intermitja. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba en el cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Té activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.  
**Indicacions:** Neurosis (malalties que cursin amb ansietat, angoixa, obsessions, compulsions, fòbies e hipocondria), reaccions emocionals exagerades, dificultat de contacte interpersonal i comunicació (trastorns de conducta, agressivitat excessiva), organoneurosis.

**Comentari: Noctamid**  
**Principi actiu:** Lormetazepam 1 mg.  
**Mecanisme d'acció:** Ansiolític benzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Posseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.  
**Indicacions:** Inductor del son.

només pren alcohol. Pot arribar a beure uns 180 grams diaris d'alcohol<sup>2</sup>. De fet, relaciona l'abús de l'alcohol amb motius laborals. Té un judici pendent per deutes en el negoci. No té cap antecedent a la família, de depressió o excés d'alcohol. Diu que és molt nerviós i ha patit alguna que altre depressió, pel que va haver de ser ingressat a l'IMPU (en l'informe de l'IMPU es fa menció d'un intent d'autolisi que ell nega totalment). Les relacions amb la família són bones, ja que coneixen el problema. Refereix sentir-se molt deprimat, però que tot és per l'abús d'alcohol que fa. Ha estat derivat per l'IMPU, per valorar la possibilitat de realitzar un tractament de deshabitació a l'alcohol.

Tractament farmacològic i psicoterapeutic individual. Al cap de 3 mesos, donat l'evolució favorable del pacient, se li suggereix de seguir també teràpia de grup, al que el pacient accedeix.

<b>Tractament farmacològic:</b>	Antabús 250 mg:	1-0-0
	Fluoxetina 50 mg:	1-0-0
	Orfidal 1 mg:	0-0-1

**Possible evolució del cas:** En aquest pacient, a banda del trastorn per dependència d'alcohol hem de tenir en compte que hi ha associat, segons l'informe de l'IMPU, un trastorn depressiu major.

Crec que encara és massa dora per fer un pronòstic favorable en aquest cas, ja que només fa 3 mesos que el pacient esta abstinat.

La intervenció psicològica, durant els primers mesos de tractament, s'ha centrat en:

- Aconseguir que el pacient es mantingui abstinat, el màxim de temps possible.
- Eliminar la dependència psicològica, desenvolupant hàbits substituïtoris al consum d'alcohol: sortir amb la família, evitar anar al bar amb els amics...
- Controlar les recaigudes, i analitzar els factors relacionats a aquestes, per tal de possibilitar un canvi d'hàbits i actitud del pacient.

### CAS 8 OH (28/05/04)

Home de 57 anys, amb estudis primaris i polidror de professió. Actualment treballa en una petita empresa. Està casat i viu amb la seva dona, que també té problemes d'alcoholisme, i segueix tractament al nostre centre. El pacient va iniciar el consum d'alcohol als 21 anys, i situa l'abús als 30. Des dels 40 anys, refereix haver tingut temporades d'abús diari, però en general són consums esporàdics. No ha realitzat cap tractament anterior. Les relacions amb la seva família són bones, tot i que només la dona coneix el seu problema. Té problemes per dormir. A vegades, a les 4 del matí es desperta i ja no pot dormir més.

Se sent motivat i vol deixar de beure perquè creu que això l'ajudaria en la seva relació de parella i pels seus fills. En relació a la dona, diu que des de que va iniciar el tractament al CASD es troba molt millor, i no ha tornat a beure. D'això fa ara uns 3 anys. És per aquest motiu, que ha decidit també venir al centre. Quan va iniciar el tractament, aquest pacient feia un mes que estava abstinat. Ara ja porta nou mesos abstinat. El psicoterapeuta, li va comentar que hi havia una teràpia de grup per tractar problemes d'alcoholisme, i que seria adient que ell pugues participar.

<sup>2</sup> Per sobre els 70-80 gr. alcohol/dia es considera un excés i un risc per a la salut.

**Comentari: Antabús**  
 (comprimits)  
**Principi actiu:** Disulfiram 250 mg.  
**Mecanisme d'acció:** El disulfiram inhibeix l'aldehid deshidrogenasa, amb la qual cosa s'acumula acetaldehid. Els efectes tòxics de l'acetaldehid es manifesten per vasodilatació, dificultats respiratòries, nàusees, vertigens, sudoració i confusió. L'eficàcia terapèutica rau en el fet que el pacient suposadament no ingerirà alcohol estant sota els efectes d'aquesta medicació per evitar aquests efectes.  
**Indicacions:** Trastorn per dependència d'alcohol.

**Comentari: Fluoxetina**  
**Principi actiu:** Fluoxetina 20 mg  
**Mecanisme d'acció:** antidepressiu derivat de la fenilpropilamina, substància que actua inhibint de forma selectiva la recaptació de serotonina a la membrana presinàptica neuronal, amb la que es potencia l'efecte d'aquest neurotransmissor.  
**Indicacions:** Depressió, bulímia i trastorn obsessivo-compulsiu.

**Comentari: Orfidal**  
**Principi actiu:** Lorazepam 1 mg.  
**Mecanisme d'acció:** Ansiolític benzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Poseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.  
**Indicacions:** Neurosis (d'ansietat, fòbica, histèrica). Insomni. Alcoholisme. Pànic entre altres.

**Tractament farmacològic:** Noctamid 1 mg: 0-0-1

**Possible evolució del cas:** En aquest pacient, des de que va començar tractament al centre, l'evolució ha sigut favorable, ja que s'ha mantingut abstinent durant uns 9 mesos, sense que hagi estat necessari administrar-li cap interdictor.

La intervenció psicològica com en el cas anterior ha tingut per objectiu:

- Aconseguir que el pacient es mantingui abstinent, el màxim de temps possible.
- Eliminar la dependència psicològica, desenvolupant hàbits substituïtoris al consum d'alcohol, conjuntament amb la seva parella: evitar sortides nocturnes, evitar anar al bar amb els amics...
- Controlar les recaigudes, i analitzar els factors relacionats a aquestes, per tal de possibilitar un canvi d'hàbits i actitud del pacient.

**Comentari: Noctamid**

**Principi actiu:**

Lormetazepam 1 mg.

**Mecanisme d'acció:**

Ansiolític benzodiazepínic d'acció curta. Actua incrementant l'activitat de l'àcid gamma-aminobutíric (GABA), un neurotransmissor inhibidor que es troba al cervell, al facilitar la seva unió amb el receptor GABAérgic. Posseeix una activitat hipnòtica, anticonvulsiva, sedant, relaxant muscular i amnèsica.

**Indicacions:** Inductor del son.

## Sessions clíniques

### CAS 1 SC (18/03/04)

Dona de 24 anys, dependent, actualment en atur, i amb estudis secundaris. Als 13 anys va començar el consum de cannabis, i dels 14 fins als 21 anys, va consumir èxtasi. Les relacions familiars són bones, ja que coneixen la problemàtica. Des de fa 2,5 anys viu amb una tia-àvia de 76 anys. El 2001 va patir una intoxicació per èxtasi líquid (gamma hidroxibutirato), pel qual va tenir que ser atesa a urgències per pèrdua de consciència. Arrel d'aquest fet, inicia al CASD de Nou Barris, un tractament per deshabitació d'èxtasi, i segueix el tractament mèdic i psicoterapèutic favorablement des del 2001 al 2004, en que es manifesta abstinent. El febrer del 2004, i després de quasi 3 anys de tractament, estava en procés d'entrar a treballar a la SEAT, fins i tot s'havia apuntat a uns cursos que havia de fer prèviament, però finalment decideix no fer-los. En aquesta mateixa època, explica a la psicoterapeuta que té una condemna de 3 anys de presó, per tràfic d'estupefaents, que haurà de complir en els pròxims mesos. Ha recorregut en diverses ocasions la sentència, fins i tot ha demanat un indult al Ministeri de Justícia que ha sigut rebutjat.

La pacient explica els fets ara, després de 3 anys de tractament, i mai havia comentat haver tingut problemes amb la justícia. Tot i que la noia estava implicada en el delictes, perquè era la que portava l'èxtasi, ella directament no ha comercialitzat mai amb aquesta substància, el que ho feia era un company seu que ja havia tingut condemnes anteriors per la mateixa causa. Ho explica però no vol que el centre intervingui per res, per exemple fent un informe favorable. En aquest sentit, una de les qüestions que més ha sobtat d'aquest cas, és que la noia mai havia parlat dels seus problemes legals als professionals del centre. A més, la noia en aquest temps ha evolucionat molt favorablement, estava apunt d'aconseguir un treball estable a la SEAT, i tanmateix sembla que no vol acceptar l'ajuda que el centre li ofereix fent un informe favorable.

En aquest sentit, la psicòloga que porta a la pacient, argumenta que, juntament al trastorn per dependència d'èxtasi i altres substàncies com el cannabis, podríem trobar associat, un trastorn de la personalitat, tot i que ens manca informació per determinar de quin tipus.

## CAS 2 SC (25/03/04)

Home d'uns 34 anys. casat i sense fills. Treballa com a representant, cosa que li obliga a passar llargues temporades fora de casa. És el gran de quatre germans. Té dos germans i una germana (d'aquesta última només va parlar la primera visita, quan es va elaborar el genograma familiar). Als 20 anys el pacient inicia el consum de cocaïna, a l'hora que comença a sortir amb la seva dona, que també fa usos esporàdics d'aquesta substància. En aquella època, el pacient sortia amb amics, alguns d'ells homosexuals, i alternava en locals d'ambient gai. Ha tingut relacions amb homes, tot i que finalment decideix casar-se amb la seva dona. Pel que fa a la seva dona, hi ha èpoques en les que mantenen relacions sexuals amb molta freqüència, mentre que en d'altres, no mantenen cap tipus de relació sexual. Segons explica el pacient, el fet d'haver de viatjar li ajuda, perquè no ha d'estar tant temps a casa. Diu que a vegades té malsons, en els que es veu a si mateix agredint a la seva dona. Explica que durant la seva infantesa i adolescència, va intentar agredir al segon germà, que és a l'hora el que l'ha ajudat i l'ha avalat en un préstec fa poc temps, per pagar deutes derivades de la cocaïna. Actualment el pacient segueix tractament mèdic i psicoterapèutic en el centre, i a l'espera de més dades, a banda del trastorn per dependència a la cocaïna, el pacient manifesta problemes amb l'orientació sexual, i que en aquest cas es podria donar una homosexualitat o bisexualitat egodistònica, tot i que no es pot descartar altres trastorns associats, com podrien ser un trastorn de la personalitat.



## 3.5 Temporalització

En relació a la temporalització, el Pràcticum II ha tingut una durada de 121 hores, realitzades entre l'1 de març i el 4 de juny del 2004.

A la taula 3, es poden veure les hores de dedicació per quinzenes, recollides en els informe quinzenals lliurats durant el semestre, en els que s'han anat reflectint les tasques realitzades al llarg del semestre.

Taula 3: Temporalització		
Informe	Data	Hores
1	10.03 - 21.03	16
2	22.03 - 05.04	18
3	06.04 - 19.04	11
4	20.04 - 02.05	26
5	03.05 - 17.05	28
6	18.05 - 31.05	22
<b>Total</b>		<b>121</b>

Temporalització



### 4. Discussió

La meua proposta de treball **“El procés d'avaluació i intervenció psicològica a pacients amb trastorns per abús d'alcohol i/o altres substàncies psicotròpiques”** estava dirigida a un àmbit concret d'intervenció psicoterapèutica, com és el cas de les drogodependències. L'objectiu principal d'aquestes pràctiques era apropar-me a la pràctica professional del psicòleg/a clínic en l'avaluació i la intervenció dels problemes psicològics tan a nivell individual com grupal a pacients que presenten algun trastorn per addició a substàncies psicotròpiques.

En aquest sentit, fer les pràctiques en un Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències, com és el CASD Nou Barris, m'ha donat l'oportunitat d'intercanviar experiències amb professionals experimentats en aquest camp, posar en pràctica els coneixement teòrics adquirits al llarg dels estudis, i assolir nous coneixements en l'àmbit de l'avaluació i intervenció psicològica amb pacients que presenten trastorns per dependència a substàncies psicotròpiques.

Pel que fa als objectius específics que esperava assolir en el treball al centre eren de els següents:

- Aprendre el rol de psicòleg clínic, en un àmbit concret d'intervenció, com és el cas, de les addicions a substàncies.
- Aprendre el procés d'actuació del psicòleg clínic, des de l'avaluació, fins la intervenció i els agents implicats en aquest procés.
- Adquirir i consolidar coneixements teòrico-pràctics i habilitats dins d'aquest àmbit.
- Aprendre a elaborar la història clínica i l'anamnesi a partir de casos reals.
- Aprendre a administrar i analitzar els tests utilitzats dins d'aquest àmbit.
- Aprendre les teràpies utilitzades en aquest àmbit.

En la meua opinió, al llarg del pràcticum II, crec que he pogut assolir la major part dels objectius exposats en el pla de treball. Tanmateix, hi ha dues qüestions importants a destacar en les que no he pogut aconseguir els objectius prefixats en el pla de treball:

- D'una banda, donat que el centre té un enfocament psicoanalític, i aquest tipus d'abordatge no preveu la utilització de tests a l'hora d'avaluar els pacients, no he tingut l'oportunitat d'aprendre com s'administren i analitzen alguns tests que es poden utilitzar en l'àmbit de les drogodependències, com podria ser el **test d'avaluació per consum de drogues** (*Drug Abuse Screening Test, DAST*).
- D'altre banda, pel que fa a les intervencions psicoterapèutiques i les teràpies utilitzades en aquest àmbit, donat que només hagi pogut intervenir en primeres visites, no he pogut fer un seguiment de l'evolució del pacient, fet que hauria sigut important de cara a plantejar possibles intervencions i l'evolució del cas. En aquest sentit, hem de tenir en



compte que, en la majoria dels casos, el procés d'avaluació es prolonga al llarg de diverses sessions i que jo només podia assistir a la primera sessió.

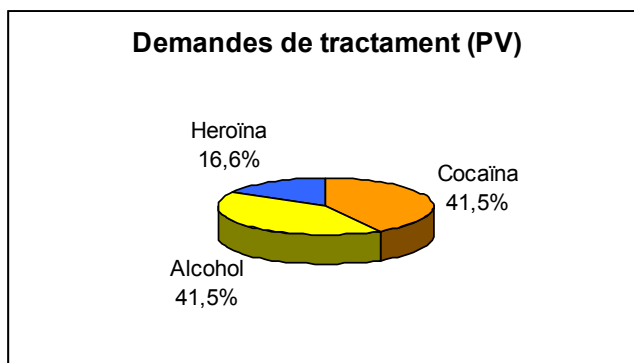
De la meua trajectòria en el Pràcticum II, m'agradaria destacar els coneixements assolits en relació al perfil dels pacients que presenten trastorns per dependència a substàncies i la simptomatologia associada a cada substància.

Lligat a l'anterior, també és important tenir en compte, el fet que, en els casos de trastorns per addicció a substàncies, molt sovint trobem associats altres patologies que poden estar induïdes pel consum d'aquestes substàncies: psicosis, trastorns de l'estat d'ànim, trastorns d'ansietat, trastorns del son, trastorns de la personalitat entre d'altres... o al contrari, tenir una etiologia diferent.

Un altre qüestió important, és la complexitat que presenta, en alguns casos, l'abordatge psicoterapèutic dels trastorns per dependència a substàncies, motivada pels diferents factors de risc que conflueixen en aquests trastorns: individuals, interpersonals, socials i ambientals i de l'altre, com ja he comentat en l'apartat anterior, els diferents trastorns associats als trastorns per dependència a substàncies, els quals al seu torn, poden estar induïts per l'addicció a una o diverses substàncies, o en canvi, tenir una etiologia diferent.

Al llarg del pràcticum, també he pogut observar una evolució en relació als motius, de la demanda de tractament en les primeres visites (PV) observades al centre. En aquest sentit, de les 12 primeres visites observades al llarg del pràcticum, uns 5 casos es corresponien amb persones que demanaven tractament per problemes amb la cocaïna (41,5%), uns 5 casos amb persones que demanaven tractament per problemes amb l'alcohol (41,5%), i 2 casos amb persones amb problemes per addicció a opiacis, que estaven en tractament de manteniment amb metadona (16,6%).

Vegem-ho gràficament:



D'una banda, cal destacar que el nombre de persones que demanen tractament per problemes derivats del consum d'opiacis, es cada vegada menor. En aquests casos, els pacients que demanen tractament per consum d'opiacis, són normalment, pacients que ja han realitzats altres tractaments previs per aquesta problemàtica en els que no han tingut èxit, o són trasllats d'altres centres i/o institucions en les que ja rebien tractament: CASD, Hospitals, presons...

De l'altre banda, creix el nombre de persones que demanen tractament, en els que l'alcohol o la cocaïna són la droga principal. Un fet curiós que s'observa en aquests casos, és que mentre els consumidors de cocaïna refereixen de forma taxativa, voler deixar radicalment aquesta substància, alguns consumidors d'alcohol, tendeixen a parlar de «voler controlar el consum d'alcohol», més que no pas, de deixar de beure d'una forma radical.

En el diari 6, vaig apuntar una hipòtesi de perquè es dona aquesta situació, que podria està relacionada amb el fet que, la cocaïna és una droga il·legal, quelcom poc acceptat per la societat, mentre que l'alcohol, és una droga legalitzada, el consum de la qual està plenament acceptat per la nostra societat.

Un altre qüestió important que he pogut observar al llarg del pràcticum és l'elevat nombre d'absentisme que s'observa en aquest tipus de pacients, en primeres visites, però també en visites de seguiment, a l'hora que és habitual observar alguns pacients que arriben tard o en dies no programats perquè necessiten medicació, o havien oblidat les visites amb el metge i/o el psicoterapeuta. En aquest sentit, en primeres visites de psicòleg, crec que és important tenir en compte que l'absentisme pot arribar fins quasi un 50%.

Per finalitzar amb el procés d'observació realitzat al CASD Nou Barris, també voldria destacar el fet que es constata un increment de pacients immigrants procedents d'altres països que demanen tractament al centre, increment que pot arribar a ser molt superior en altres centres com per exemple el CASD de Barcelona, amb múltiples dificultats de caire sociocultural afegides en el procés d'intervenció psicoterapèutica: normes, costums i valors diferents, dificultats amb l'idioma...

L'evolució en el tipus de tractament sol·licitat pels consumidors de substàncies psicotròpiques i del fet que hi hagi un increment del col·lectiu d'immigrants procedents d'altres països que demanen tractament en aquest i altres CASD, hauria de derivar necessàriament, en l'adequació i adaptació dels programes de tractament en el marc del Pla d'Acció Sobre Drogues de Barcelona, per tal d'oferir un tractament i un programa adequat en cada cas, que tingui en compte també les diferències culturals dels pacients que sol·liciten tractaments en aquest centres. En aquest sentit, es podria plantejar, una figura nova en la intervenció de les drogodependències, el mediador cultural, que exerciria de pont entre el pacient i els diferents agents implicats en el tractament que treballen al centre.

Finalment, al llarg de tot el semestre, pel que fa a les pràctiques realitzades i en relació a les persones que treballen al CASD de Nou Barris, m'agradaria destacar la gran labor d'equip, la dedicació, la responsabilitat i el grau d'implicació que han mostrat tots els professionals que treballen al centre.

En aquest sentit, estic molt satisfeta amb el tracta cordial i afable que m'han dispensat tots els membres de l'equip des del començament, i pel grau de col·laboració i cooperació que m'han mostrat en tot moment, facilitant-me la meua integració al centre i el meu procés d'aprenentatge.

També m'agradaria agrair la labor de la meua tutora, i de les dues psicòlogues amb les que he treballat, per la seva disponibilitat, per facilitar-me l'observació de primeres visites, per les seves explicacions sobre els casos, per aclarir els meus dubtes...

Finalment, com en el pràcticum I, la tasca del consultor, el Dr. Ferran Padrós Blàzquez, ha sigut molt enriquidora, ja que a través dels comentaris i qüestions que ens ha plantejat sobre cadascun dels informes quinzenals al llarg del semestre, ens ha permès a tots els companys de l'aula, aclarir dubtes, reflexionar, repensar, consolidar i en definitiva, enriquir-nos i aprofundir en tots aquells coneixements i experiències que hem anat acumulant i consolidant al llarg del Pràcticum II.



### 5. Conclusions

A tall de conclusió, en línia amb el que ja vaig exposar al Pràcticum II, per tots aquells que vulguin desenvolupar el seu futur professional en l'àmbit clínic, realitzar les pràctiques en un centre, com és el CASD Nou Barris, permet consolidar i posar en pràctica els coneixements adquirits al llarg dels estudis, així com assolir nous coneixements específics relacionats amb un àmbit concret d'intervenció, com és el cas de les drogodependències i intercanviar i adquirir experiència pel que fa al treball dels equips multidisciplinars que intervenen en aquests casos .

De forma resumida, podríem dir que :

- Realitzar el pràcticum en un centre, és una excel·lent oportunitat per obtenir una experiència única i indispensable pel nostre futur professional com a psicòlegs clínics, a partir de casos reals, difícil d'assolir, per altres mitjans.
- Possibilita a l'estudiant de participar del dia a dia del centre, intercanviant experiències amb professionals (psiquiatres, psicòlegs, infermers...) que compten amb una àmplia experiència dins l'àmbit clínic.
- Assolir coneixements teòrico-pràctics sobre els pacients amb trastorns per dependència a substàncies psicotròpiques, així com l'evolució dels problemes d'addició en els darrers temps, dins de l'àmbit d'intervenció dels CASD i concretament en el CASD Nou Barris.
- Aprofundir en coneixements teòrico-pràctics sobre el procés d'avaluació i intervenció amb pacients amb trastorns per dependència a substàncies psicotròpiques, que segueix el al CASD Nou Barris.
- Adquirir experiència pràctica pel que fa a la relació terapeuta-pacient amb pacients amb trastorns per dependència a substàncies psicotròpiques, a partir de casos reals, difícilment assolible en altres assignatures de contingut teòric.



### 7. Bibliografia

Ajuntament de Barcelona. (1995). *Sistema d'informació de Drogodependències de Barcelona (SIDB), informe anual 2003*. Barcelona: Pla Municipal d'Acció sobre drogues.

Battista, O.A. (1962). *Drogas mentales: el desafío de la química a la psicoterapia*. México. Ed. Herrero hnos.

Becoña, E., Vázquez L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid. Ed. Síntesis.

Bravo, M. (2002) *Psicofarmacología para psicólogos*, Madrid, Ed. Síntesis.

Cabra i Solér J. (1995). *Prevenió de les drogodependències*. Barcelona. Ed. Dpt. Ensenyament Generalitat Catalunya.

De la Garza, F. i Vega, A. (1987) *La juventud y las drogas. Guía para jóvenes, padres y maestros*. México. Ed. Trillas.

Domingo, A. (1996). *Salut i drogues*. (Crèdit d'educació per a la salut). Barcelona. Ed. Castellnou.

Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid. Ed. Síntesis.

Escohotado, A. (1994) *Las drogas. De los orígenes a la prohibición*. Madrid. Ed. Alianza Cien.

Escohotado, A. (1996) *Historia elemental de las drogas*. Barcelona. Ed. Anagrama.

Madueño, E. (1990) *Heroína: Viaje por el placer, la destrucción y la muerte*. Barcelona. Ed. MCB.

Pérez i Calvo, R.M. (1997). *Tabac, alcohol i drogues*. Barcelona. Ed. Columna.

Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Madrid. Ed. Síntesis.

Santacreu, J., Zaccagnini, J.L., Márquez, M.O. (1992). *El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud*. València. Ed. Promolibro.

Suelves, J.M. (1997). *Prevenió de les drogodependències*. Barcelona: Ed. Cassals.



**CASD 2 OH:** Home de 53 anys, treballa de comercial i amb estudis secundaris. Va iniciar el consum d'alcohol als 20 anys, i situa l'abús als 42 anys. Està CASDat i té una filla. Se sent molt recolzat per la seva família en la seva problemàtica amb l'alcohol. Havia fet un tractament anterior el gener de 2003 per deixar l'alcohol amb el metge de capçalera, qui li va administrar besitran i orfidal. Des de gener fins al maig de l'any passat es manté abstinent, i només fa una recaiguda per Setmana Santa. El Maig de l'any passat acudeix al CASD de Nou Barris per seguir un tractament i deixar definitivament el alcohol. El pacient refereix haver fet un consum excessiu d'alcohol durant un període de 3 anys, que atribueix a l'estrès laboral, coincidint amb una amenaça de tancament de l'empresa on treballa i a les dificultats de relació amb la seva filla adolescent, relacions que han millorat des de que va deixar l'alcohol al gener de 2003. Se sent irritable, agressiu i té canvis d'humor amb la seva dona, fins al punt que aquesta el compara amb "*Dr. Jekyll i Mr. Hyde*". El mes de Juny de 2003 i coincidint amb l'operació de cor del seu pare, es reafirma en la seva voluntat de deixar definitivament l'alcohol, no sent la necessitat de prendre alcohol (no craving), i té confiança en ell mateix per superar la seva addicció. Des de llavors, quan té problemes, en comptes de "refugiar-se en l'alcohol" parla amb la seva dona, amb la que han millorat molt les relacions, també amb la seva filla. Durant els mesos d'estiu del 2003 es va mantenir abstinent, i en el mes de setembre, va començar a assistir a la teràpia de grup d'alcoholisme. Des de que va iniciar la teràpia de grup, ha vingut regularment a les sessions, i s'ha mantingut abstinent, i en el treball les coses li van millor des de que va deixar de beure, fins al punt que el febrer d'aquest any li han proposat de coordinar a un grup de gent. El pacient se sent molt motivat, perquè les relacions familiars i laborals han millorat molt des de que va deixar la beguda l'any passat. Actualment, s'està plantejant deixar de fumar.

**Tractament farmacològic:** Besitran 50 mg: 1-0-0

Orfidal : 0-0-1

#### **Besitran**

**Principi actiu:** Sertralina 50 mg.

**Mecanisme d'acció:** Antidepressiu derivat de la naftalenamina. Actúa inhibint de forma selectiva la recaptació de serotonina en la membrana presinàptica neuronal, amb el que es potencia l'efecte d'aquest neurotransmissor. El seu efecte és molt lleu sobre la recaptació de noradrenalina i dopamina. Careix d'activitat estimulants, sedants, anticolinèrgica o cardiotòxica en animals. En humans, no ha produït sedació ni interfereix en l'activitat psicomotora.

**Indicacions:** Depressió: tractament dels símptomes i prevenció de recaigudes de l'episodi inicial de la depressió o de nous episodis depressius. Trastorn obsessivo-compulsiu (TOC), Pànic amb o sense agorafòbia.

**Possible evolució del CASD:** En el trastorn per dependència d'alcohol d'aquest pacient, es pot observar algunes de les característiques comportamentals d'aquest trastorn: irritabilitat, agressivitat, canvis d'humor que afecten les relacions afectives i laborals del pacient...

En aquest CASD, si tenim en compte la predisposició del pacient a deixar l'alcohol, que fa un any que està abstinent (només ha tingut una recaiguda d'1 dia per Setmana Santa 2003), i que el context familiar i laboral és positiu, podem pensar en un pronòstic

favorable, en el sentit que el pacient pugui superar definitivament el trastorn per dependència a l'alcohol.

Tanmateix, en la propera sessió del grup d'alcoholisme, que tindrà lloc el 23 d'abril (el 16 no n'hi ha), seria interessant veure com ha passat aquest pacient la Setmana Santa, donat que la darrera recaiguda es va produir en aquesta època.