

MEMORIA AÑO 2018



C/ Gutiérrez Solana 7 bajo
39011 Santander
942 33 01 40
687.36.05.75
acat@cop.es 
www.acatcantabria.com

INDICE:

1. ACAT	
- 1.1 Presentación.....	pág. 3
- 1.2 Metodología de trabajo.....	pág. 4
- 1.3 Descripción de programas.....	pág. 7
2. DATOS	
- 2.1 Total usuarios.....	pág. 12
- 2.2 Resultados de tratamiento.....	pág. 16
- 2.3 Datos socio demográficos.....	pág. 17
3. VALORACIÓN.....	pág. 23
4. OTROS DATOS A DESTACAR.....	pág. 26

ACAT

1.1 PRESENTACIÓN

La Asociación Cantabria de Ayuda al Toxicómano ACAT, se constituye en abril de 1989, por un grupo de familias sensibilizadas por la problemática de las drogodependencias, lo que en un primer momento es una asociación de ayuda mutua con el paso de los años se profesionaliza y deriva en una ONG que lleva la dirección y funcionamiento de lo que es hoy **ACAT un centro ambulatorio psicoterapéutico para personas que tenga una adicción y/o sus familiares.**

El proyecto se crea para dar respuesta a cualquier tipo de demanda referente a las necesidades de personas en riesgo de exclusión social, principalmente relacionadas con una adicción y sus consecuencias. Cubrirá una necesidad existente en Santander por ser la única ONG que oferta una atención integral en base a sus tres niveles asistenciales.

- **Consolidando las actividades de los organismos públicos y privados,** atendemos cualquier tipo de demanda que no puede ser cubierta en otro recurso primordialmente la de aquellas personas adictas en situación compleja de acumulación de problemas derivados del consumo (ansiedad, estrés, déficit de habilidades sociales, baja autoestima, insomnio, descontrol de impulsos, absentismo laboral etc...)

- Atendiendo de **forma inmediata** al usuario que llega al servicio ofreciendo información, asesoramiento, orientación, rehabilitación y formación. No existe lista de espera.

- Realizando **intervenciones individualizadas, breves y diferentes.**

- Facilitando **cumplimientos alternativos** y/o tratamientos de apoyo a internos de Prisión en régimen de tercer grado o libertad condicional y fomentando que las medidas judiciales a menores se realicen en el servicio

- Somos la única ONG que realiza un **seguimiento post-alta terapéutica durante 3 años**, no sólo para facilitar el reingreso de las recaídas sino también para valorar la eficacia del servicio ACAT, y además, el **único servicio ambulatorio que trabaja con un modelo innovador en cuanto a la atención a las personas con problemas (Terapia Familiar Breve)**

1.2 METODOLOGÍA DE TRABAJO:

Equipo Terapéutico:

Psicóloga: Psicoterapia

Trabajadora social: Área Social y Judicial

Monitor: Promoción de programas y acompañamientos.

Terapia Familiar Breve (TFB)

Nuestro método se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en su déficit y limitaciones. La terapia se centra en el aquí y ahora a la vez que se orienta al futuro. Dirigimos nuestro esfuerzo, el del cliente y el de su familia a producir cambios y buscar soluciones.

Nuestras intervenciones terapéuticas se hacen en función del modelo Terapia Familiar Breve (TFB). Consideramos imprescindible la evaluación: nos proponemos realizar evaluaciones con suficiente rigor científico como para garantizar una mejora de la calidad del servicio.

En definitiva, nuestra metodología está dirigida a satisfacer las necesidades de nuestros pacientes/clientes. Las características comunes que buscan y encuentran, son: atención inmediata, atención individualizada y discreta, encuentro con un entorno normalizado, intervenciones de corta duración –“El número de sesiones adecuado es el menor posible y tantas como sean necesarias”_ adaptadas a su demanda y perfil y seguimiento de 3 años.

Inherente a esta metodología está la realización de un trabajo en equipo, las reuniones semanales, el registro diario de cada actuación y de toda incidencia, las supervisiones clínicas y las evaluaciones.

Creemos que cualquier terapia exitosa debe aumentar la responsabilidad interna, la autonomía selectiva, y atribuir el éxito al incremento de la capacidad del cliente para responsabilizarse de su propia conducta, con lo que puede adaptarse mejor a situaciones cambiantes.

Descripción del modelo terapéutico:

PRINCIPIOS TEÓRICOS

- Basado en los planteamientos terapéuticos del T.B.C. de Palo Alto y del B.F.T.C. de Milwaukee.
- Basado en la Tª General de los sistemas (Bertalanffy L.V.,1976).
- Basado en la Tª de la Comunicación Humana (Watzlawick P., Beavin J.H. y Jackson D.D., 1981) y en los principios y técnicas de la Terapia Familiar Sistémica Breve (Fisch R., Weakland J.H. y Segal L. , 1984; Shazer S., 1986, 1987 y 1992; O'Hanlon W.H. y Weirner-Davis M., 1990).
- Basado en La terapia Narrativa de Michael White (White y Epston, 1980; White, 1989,1995)
- Basado en La terapia Breve Centrada en soluciones (De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis, 1986; De Shazer, 1985, 1998, 1991, 1994)

CRITERIOS QUE GUIAN EL TRABAJO CLÍNICO

¿Quién o quienes acuden a la sesión terapéutica?

Acuden a la entrevista todas aquellas personas, generalmente familiares, que están dispuestos a colaborar; casi nunca se pide que acuda alguien que no desea ir voluntaria o espontáneamente. Igualmente se ruega que abandone el despacho, si así lo desea, quien acude bajo algún tipo de presión. Empeñarse en conseguir la colaboración de alguien que no está por la labor lleva más tiempo aun. Los esfuerzos del psicoterapeuta en este sentido acaba casi siempre en fracaso, tanto si consigue su propósito como sino. Esta idea es coherente con el concepto de familia como sistema: un cambio en cualquiera de sus elementos repercute necesariamente en cada uno de ellos y en el sistema como totalidad.

¿Cuánto debe durar el tratamiento?

El menor número de sesiones posible y tantas como sea necesarias. El cambio puede comenzar desde el inicio de la terapia e incluso ya antes. Por ello se inicia la primera entrevista teniendo en cuenta el cambio que ha podido producirse mientras el usuario espera esta primera cita. La duración aproximada de cada sesión es de 45 minutos. Hacia la mitad de cada sesión se efectúa una pausa con el fin de reflexionar sobre la información obtenida y ofrecerle al cliente la preinscripción adecuada. El intervalo entre sesiones lo decide el cliente. No se establece límite en el número de sesiones, se ajustan la demanda.

¿Qué se define como problema?

Se requieren cuatro condiciones: una queja, unas soluciones intentadas ineficaces (Watzlawick P. Weakland J.H. Fisch R., 1982) y , una pauta circular redundante en este problema y una imposibilidad de resolución declarada por el cliente. Esta definición ofrece una vía de entrada para las intervenciones psicoterapéuticas. De este modo se puede modificar el tipo de solución progresando hacia sus objetivos y así facilitar el cambio. Esta estrategia en la intervención muestra claramente una diferencia y lleva a considerar las ventajas de la diversidad de servicios de asistencia al drogodependiente.

¿Qué se considera una solución?

Fisch R.H., J.H. Weakland y L. Segal, indican que la estrategia terapéutica con más potencial de cambio es aquella que se opone en 180° a las soluciones ya intentadas que han sido ineficaces. Por otro lado, S. De Shazer habla de “excepción” para referirse a aquellas ocasiones en los que los clientes manejan la queja (el problema) de un modo diferente al de costumbre; son soluciones halladas espontáneamente por los clientes, lo que probablemente implica una mejor disponibilidad de estos para aceptarlas como prescripción.

¿Cuál es el rol del terapeuta?

A diferencia de otros enfoques terapéuticos, en la Terapia Familiar Breve se piensa que el terapeuta solo puede producir cambios en la medida en que se incorpora al sistema y entra en relación con él. La no influencia no es posible (Watzlawick P, Beavin J. Y Jackson D.D., 1981).

El terapeuta de T.F.S.B. esta dispuesto a manipular intencionalmente a los clientes para que consigan los objetivos que ellos mismos han marcado, se cree que son ellos los que deciden qué cambios desean introducir en su vida y en qué dirección. El terapeuta utiliza procedimientos que acortan el tiempo necesario para establecer una relación terapéutica basada en la confianza reciproca.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ACAT

Atención ambulatoria en drogodependencias

Se inicia en el momento que una persona acude al servicio planteando cualquier tipo de demanda.

El equipo técnico de A.C.A.T. Se prepara cada año para recibir nuevas demandas en relación: a los nuevos patrones de consumo, a usuarios en programas de reducción del daño (prevención determinada), a los usuarios con enfermedades crónicas derivadas de su adicción y/o acentuadas por la misma (V.I.H., Trastornos de personalidad, Trastornos psiquiátricos graves...), a menores, a inmigrantes, a cumplimientos alternativos...

El pilar de este proyecto es la Psicoterapia. Se realiza a través de sesiones individuales, familiares, grupales y/o de pareja.

Una vez el cliente/s alcanza/n con éxito los objetivos que previamente se habían fijado al inicio de la Psicoterapia así como el mantenimiento de los mismos, se negocia el alta terapéutica. Tras esta alta comienza el tercer nivel asistencial o de seguimiento, periodo de 3 años de duración, en el cual, cada cliente puede pedir cita siempre que le surja una necesidad, y en el que, el equipo se pone en contacto con el cliente semestral o anualmente con el fin de confirmar la solidez del cambio

En función de las demandas recibidas se acuerdan las intervenciones oportunas. Entre ellas están:

-  Información del servicio A.C.A.T.
-  Información sobre el uso / abuso de diferentes sustancias.

- + Información sobre pautas de actuación (para familiares, educadores, amigos...) ante sospechas de consumos o confirmación de los mismos.
- + Información sobre los nuevos patrones de consumo y actuación sobre los mismos.
- + Información sobre los diferentes servicios públicos o privados, provinciales o estatales, de régimen externo o interno de atención al drogodependiente.
- + Derivación y tramitación de ingreso a otros recursos de la red asistencial.
- + Realización de la historia biosicosocial de cada cliente.
- + Coordinación con instituciones públicas y/o privadas.
- + Seguimientos judiciales.
- + Controles de orina (según demanda judicial o del cliente).
- + Búsqueda y planificación de actividades de ocio y tiempo libre.
- + Estudio sobre preferencias vocacionales y estrategias de búsqueda de empleo.
- + Coordinación con diferentes entidades públicas y/o privadas insertadas en la red comunitaria y con referencia a la inserción socio laboral.
- + Entrenamiento en habilidades sociales.
- + Medidas para el fomento de la salud.
- + Prevención de recaídas.
- + Prevención indicada.
- + Cumplimientos alternativos.

COMPLEMENTARIEDAD A PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

Va dirigido a aquellos clientes que están en P.M.M. (Programas de Mantenimiento con Metadona). Se pretende ofertar una atención integral, que permita complementar la estabilidad física de estos clientes con una mejora en las diferentes áreas de su vida. Como único requisito de acceso a este proyecto es haber pasado por el primer nivel de prevención, encuentro y acogida y tener una

demanda clara y coherente en relación a mejorar su calidad de vida, sea en el área laboral, formativo, de ocio y tiempo libre, familiar y/o de consumo de otras sustancias.

Al igual que en los otros proyectos se trabaja basándose en la disponibilidad, flexibilidad y confianza.

La demanda se atiende de forma individual asistiendo a la terapia todas aquellas personas interesadas en apoyar su proceso de cambio.

COMPLEMENTARIEDAD PSICOSOCIAL EN SITUACIONES JUDICIALES

Asistencia judicial y cumplimientos alternativos, va dirigido a aquellos clientes de ACAT que se encuentran internos en régimen de tercer grado o con reglas de conducta de sumisión a tratamiento externo.

Este proyecto centra sus esfuerzos en cubrir la necesidad más demandada por nuestros clientes, el cumplimiento de la medida judicial, a través de la realización de controles de detección de sustancias tóxicas y sesiones de terapia según necesidad, así como, la elaboración de informes de evolución. Paralelamente se presta una atención integral dando cobertura a otras necesidades demandadas: ocio y tiempo libre, laborales, formativas, rehabilitación psicoterapéutica, reestructuración familiar, deshabituación de sustancias...

PREVENCIÓN CON ADOLESCENTES

Consideramos que la prevención más adecuada es aquella que es diseñada y elaborada por los propios beneficiarios. Las campañas preventivas desarrolladas hasta la fecha, han sido diseñadas por técnicos ajenos al contexto de ocio juvenil, lo que no parece que haya sido una garantía de éxito. Como suscribe Eusebio Mejías, existe la necesidad de trabajar los factores a los que hasta ahora hemos prestado poca atención y que probablemente no evitan el consumo pero si hacen que se consuma de otra forma menos arriesgada.

En esta línea va dirigido nuestro proyecto, observamos en base a las aportaciones que nos hacen nuestros facilitadores que cuanto más ocupe su tiempo libre una persona en

cualquier tipo de actividades socio recreativas, aunque consuma, menos espacio van a ocupar las drogas

El proyecto consta de 2 fases.

- 1ª Fase prevención universal; diseño y promoción

- 2ª Fase prevención selectiva o indicada, dando continuidad a la promoción y realizando las intervenciones preventivas y que nos han demandado a través de dípticos formativos/informativos para adolescentes y jóvenes adultos.

PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

El servicio ACAT cada vez recibe más demandas de familias preocupadas por los inicios en el consumo de sus hijos, mostrando, en la gran mayoría de ellos, dudas con respecto a si es un consumo problemático o no; por este motivo vimos la necesidad de elaborar un proyecto de prevención destinado al ámbito familiar.

Es fundamental para este servicio dirigir el trabajo preventivo con los padres hacia un cambio de imagen del adolescente y joven adulto donde se muestre que existe en ellos la otra cara de la moneda, es decir "la de un adolescente y joven adulto no solo chunga". "La mala imagen de los jóvenes, la dan ellos" (Congreso hablemos de drogas, FAD, Caixa, conclusiones del workshop, los jóvenes por la prevención)

Con este proyecto pretendemos pasar de una prevención selectiva a una prevención indicada cuya finalidad es retrasar, a través del trabajo con sus padres, la edad de inicio del consumo en los adolescentes o favorecer la adquisición de habilidades para que este consumo sea prudente, en el que la gestión del riesgo, las decisiones, en principio racionales, sobre qué, cuánto y cómo son la norma; a la vez que se les trata de ofrecer otras alternativas de ocio.

El proyecto se centra en dar una información-formación básica a aquellos padres y madres que lo demanden, favoreciendo la reflexión sobre el comportamiento de sus hijos con respecto al consumo de sustancias, además se pretende trabajar con los padres sin charlas ni adoctrinamientos, sino con una relación terapéutica dirigida al cambio conductual del sistema familiar reforzando las competencias y los lazos familiares.

Entidades colaboradoras:



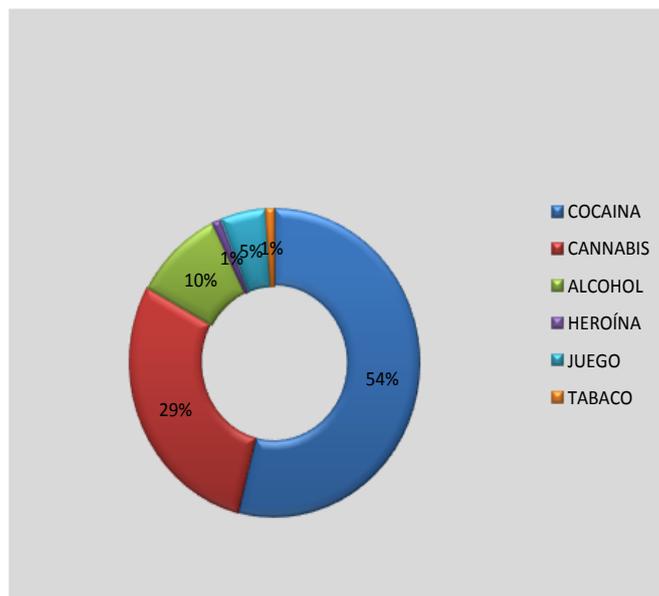
DATOS

2.1

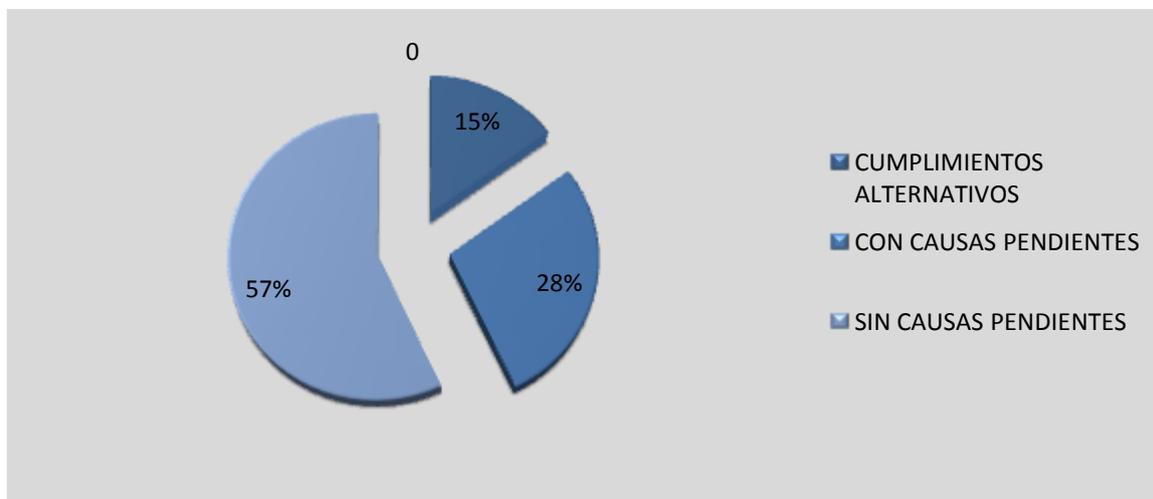
USUARIOS ATENDIDOS EN EL AÑO 2018

Varones	232
Mujeres	62
Nivel socio-económico	Medio
Edad media	33
<i>(*)La edad de los usuarios atendidos en ACAT oscila entre los 14y 60 años</i>	
SUSTANCIAS PRINCIPAL MOTIVO DE DEMANDA DEL TOTAL DE USUARIOS	
Cocaína	54%
Cannabis	29%
Alcohol	10%
Heroína	1%
Juego	5%
Tabaco	1%

Sustancia principal

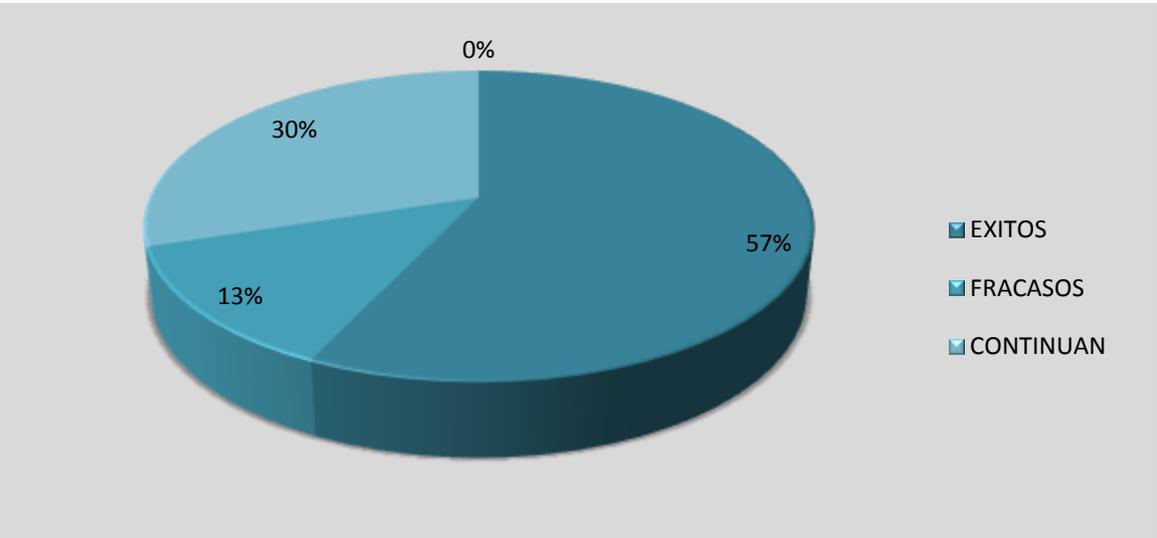
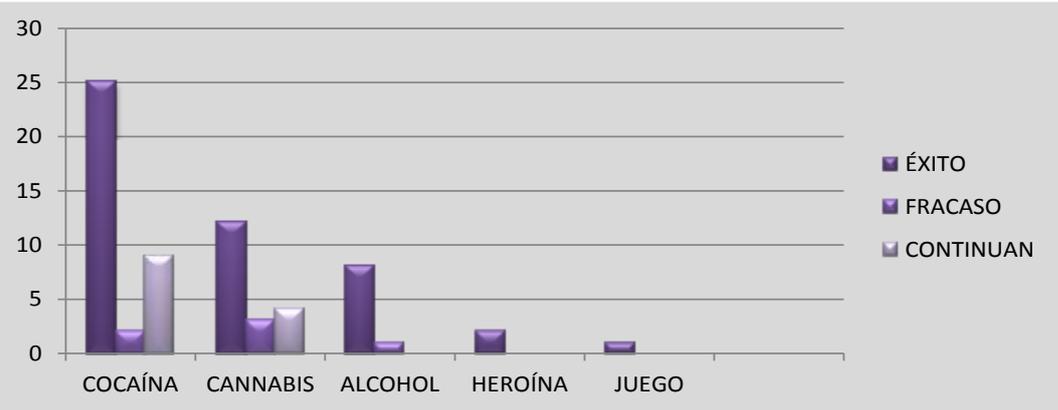


Situación penal



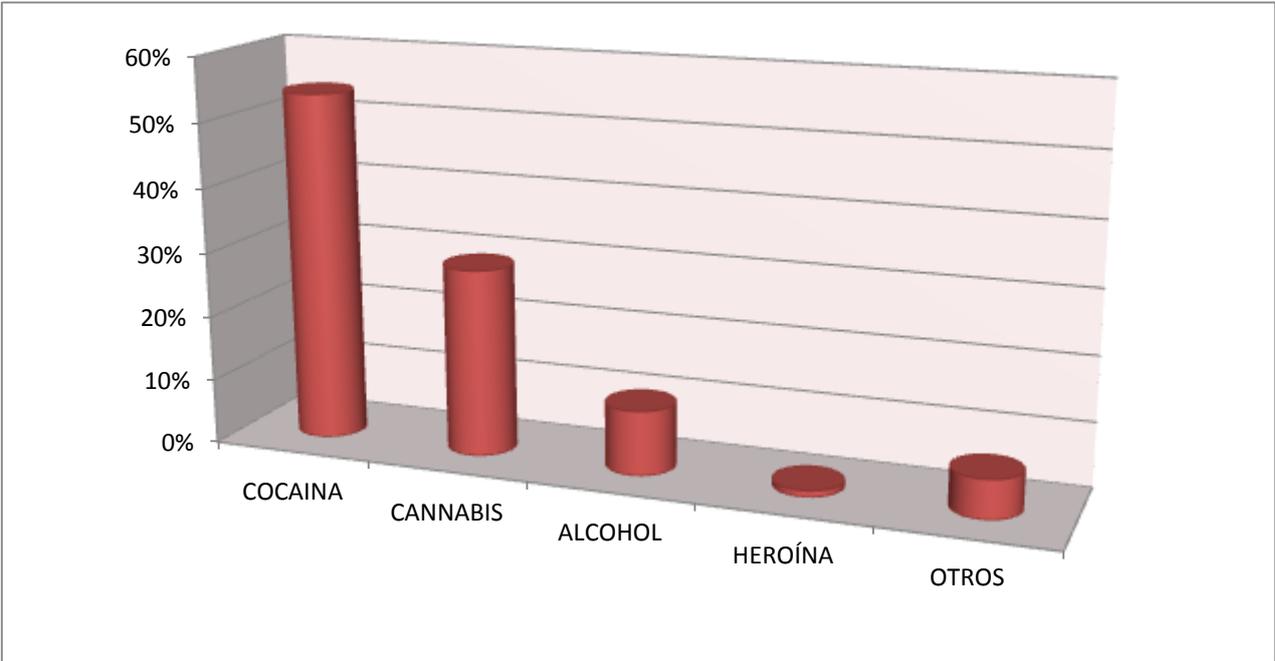
NIVELES DE ASISTENCIA	
1° Nivel de intervención	131
Proceden año 2017	22
Nuevas demandas	109
Información	47
Valoración	67
2° Nivel de intervención	67
Terapia psicosocial	
Proceden año 2017	22
Proceden del 1° nivel	45
Éxitos	31
Fracasos	2
Continúan	34
3° Nivel de intervención	79
Seguimiento post-alta (3 años)	
Proceden de Altas 2017	29
Proceden de Altas 2016, 2015	50
Éxito	75
Fracaso / reingreso	4

2.3 RESULTADOS DE TRATAMIENTO

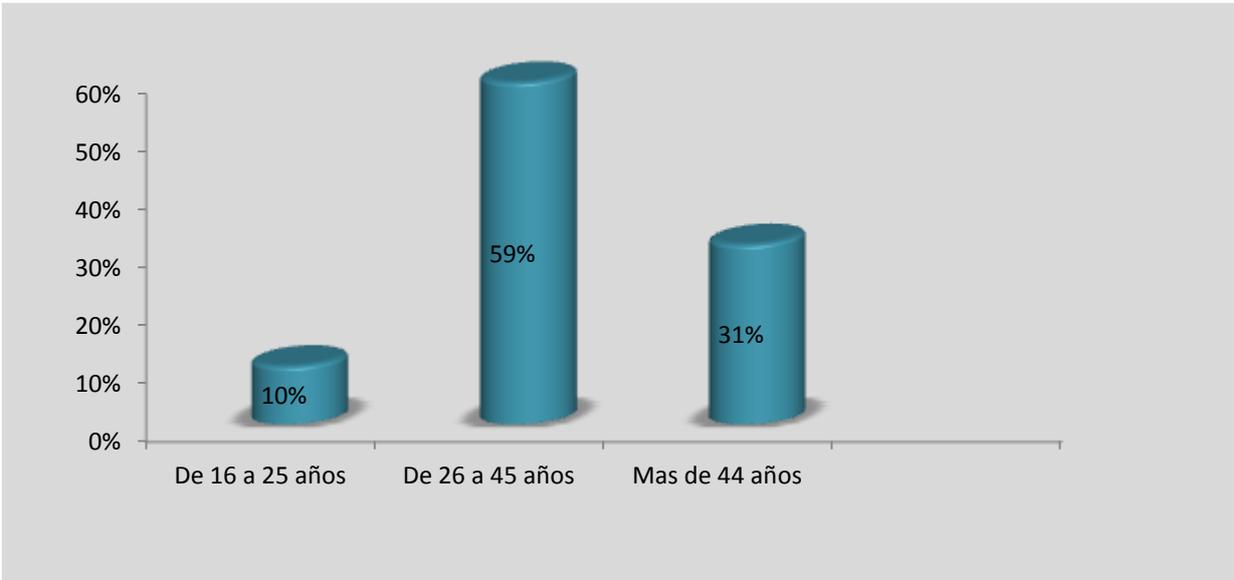


2.4 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y DE CONSUMO

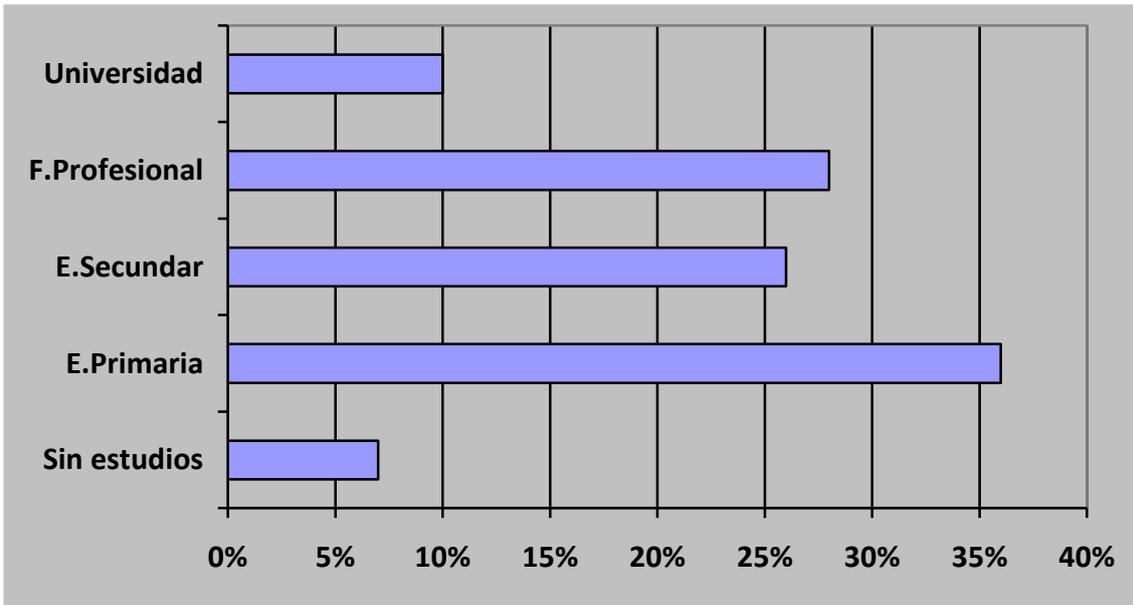
SUSTANCIA PRINCIPAL, MOTIVO DE DEMANDA



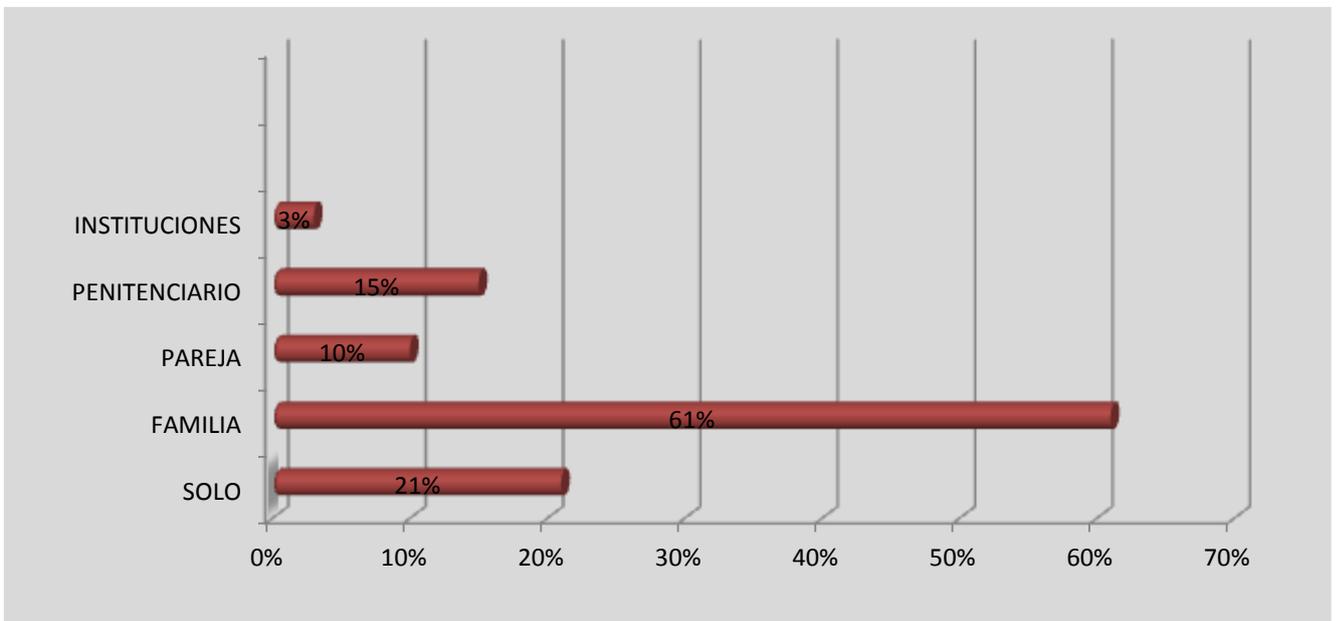
EDAD MEDIA DE CLIENTES



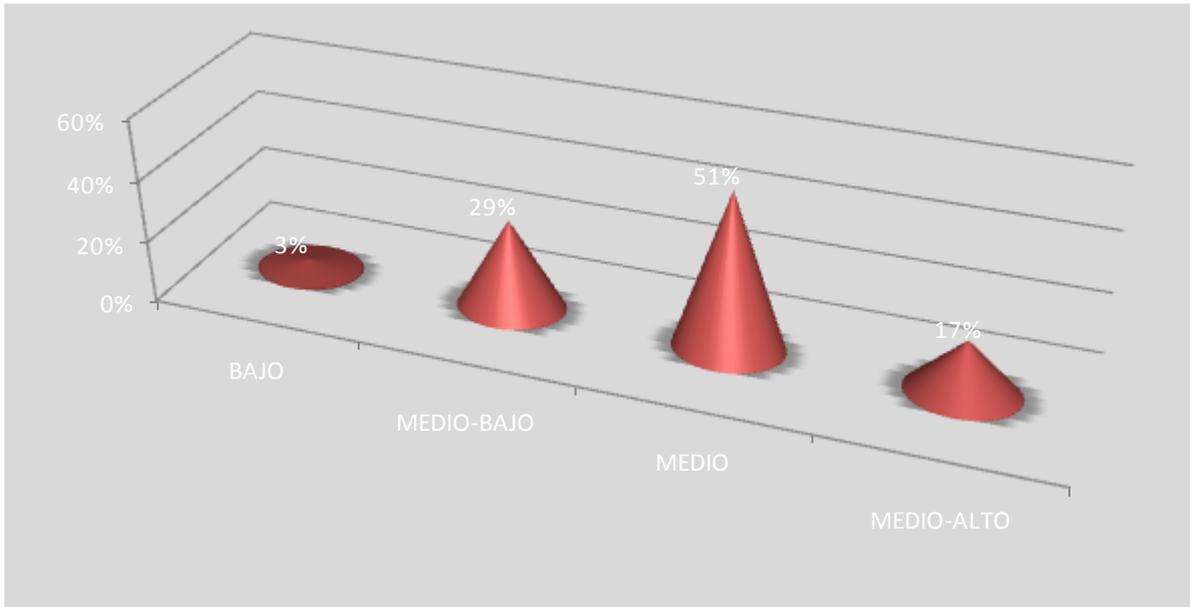
NIVEL DE ESTUDIOS



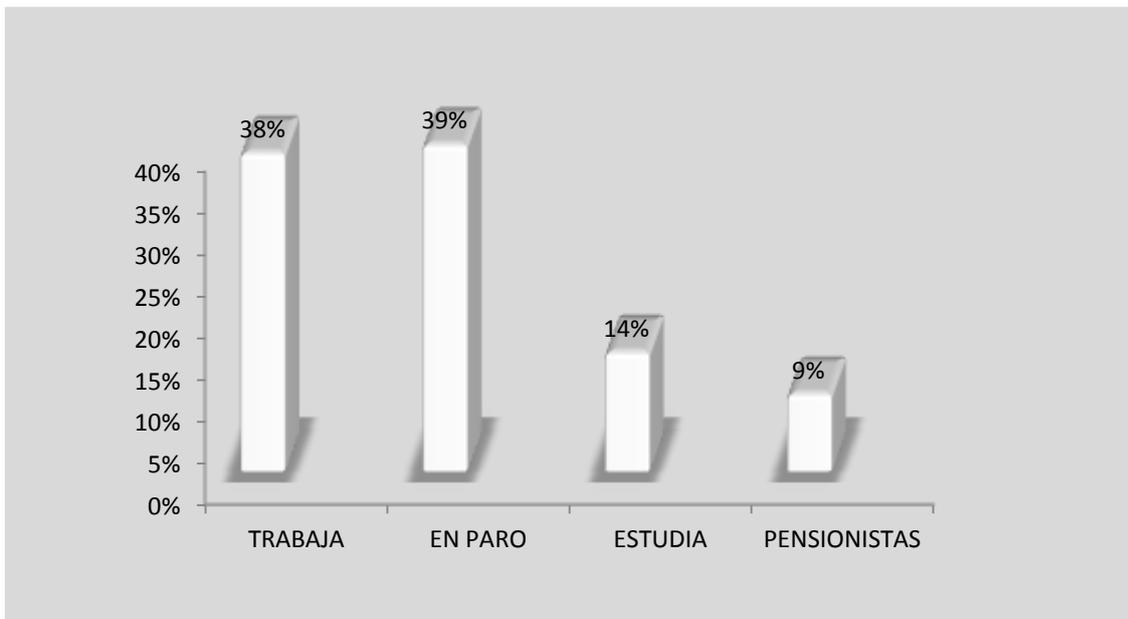
CONVIVENCIA



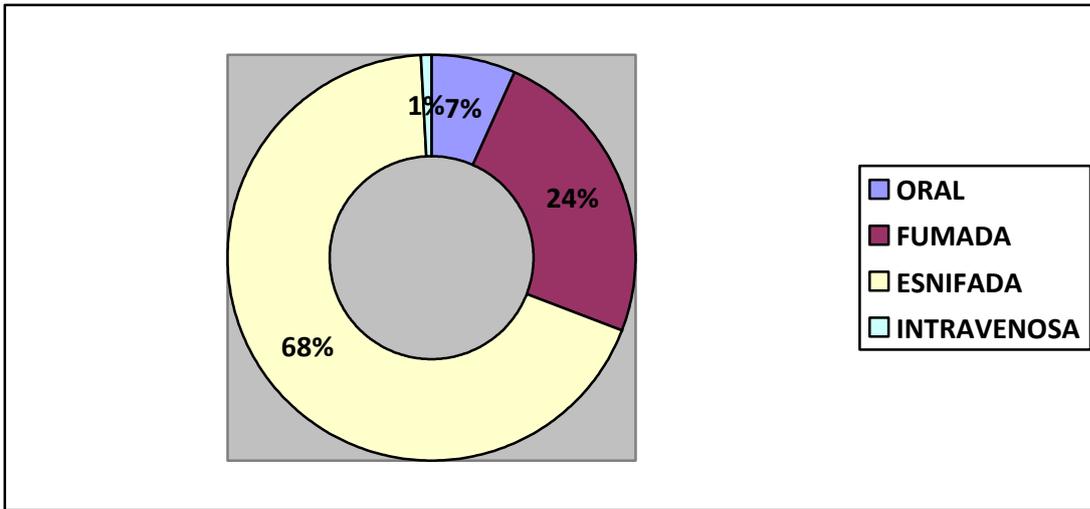
NIVEL SOCIO ECONÓMICO



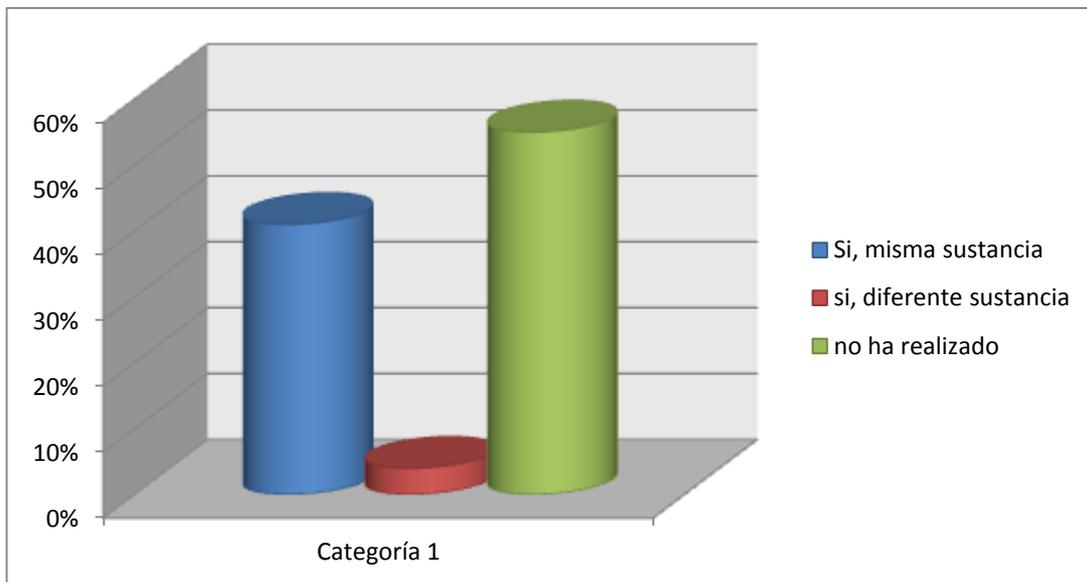
SITUACIÓN LABORAL



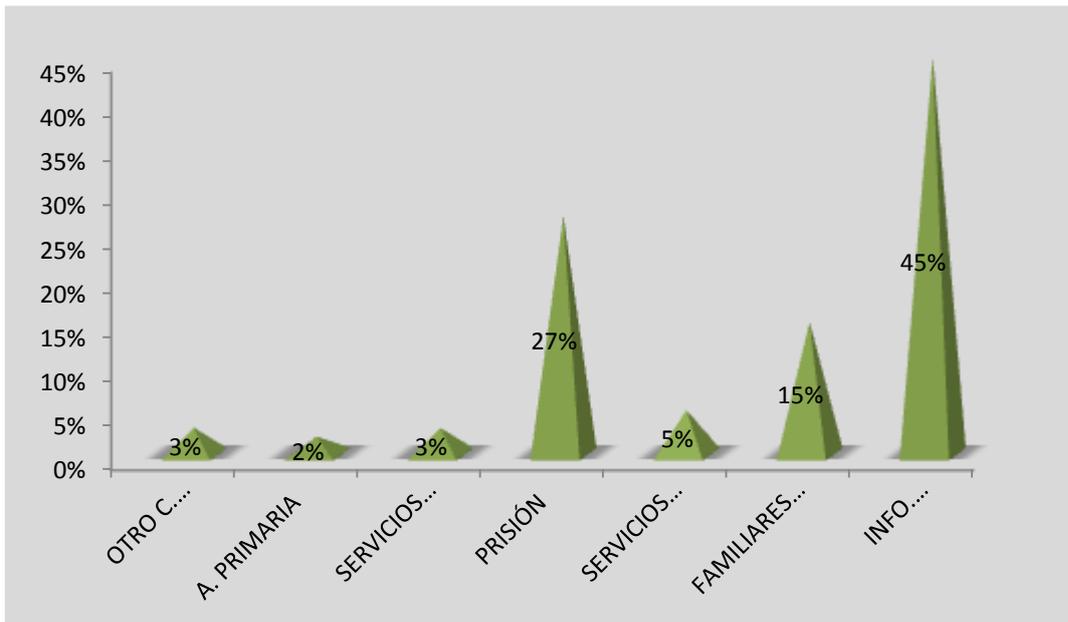
VIA DE CONSUMO



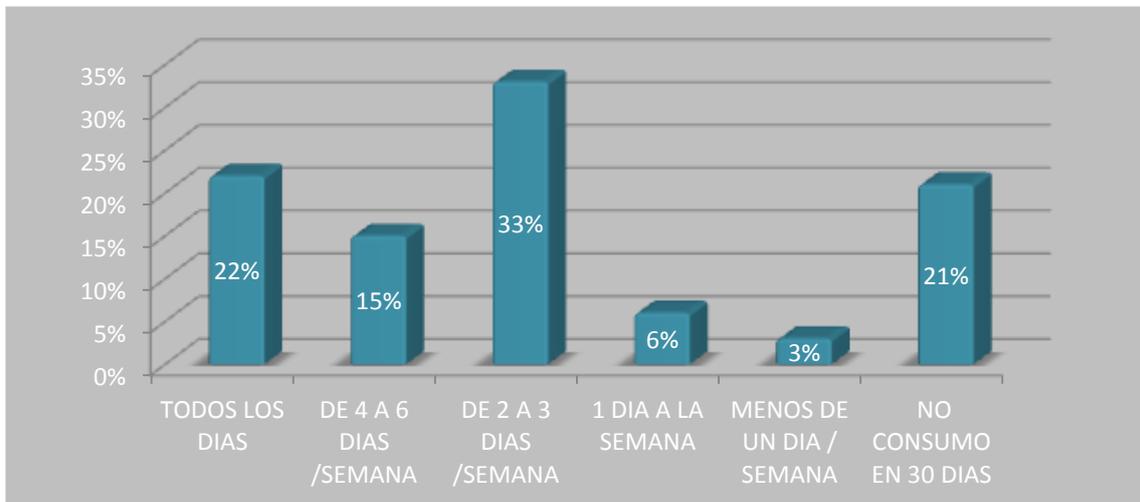
INTENTOS DE TRATAMIENTO



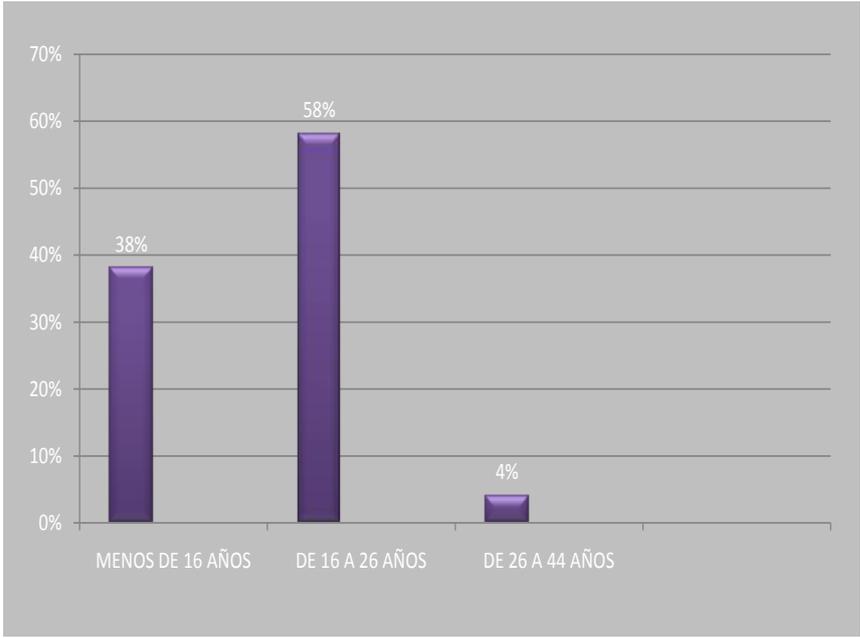
FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL



FRECUENCIA DEL CONSUMO SUSTANCIA PRINCIPAL



EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL



VALORACIÓN

En base a los resultados obtenidos, confirmamos que los objetivos planteados inicialmente se han cumplido de forma satisfactoria.

El número de demandas se mantiene con respecto al año 2017. al igual que el pasado año la mayor parte de estas demandas provienen de jóvenes adictos a la cocaína (54%) y/o de sus familias que además tienen algún tema judicial pendiente (27%). siguen realizando demanda clientes/pacientes consumidores de heroína (1%). las demandas relacionadas con un consumo problemático de cannabis están presentes en un 29% de las demandas recibidas, siendo la segunda sustancia más consumida. las demandas de abuso de alcohol, al igual que años anteriores, van adquiriendo mayor presencia, (10%) situándose junto con la heroína como la tercera sustancia más consumida. con este análisis confirmamos la diversidad de la demanda recibida en este proyecto y por tanto cumplimos gran parte de nuestros objetivos.

Con respecto al número de clientes que han sido dados de alta en valoración 61%, a pesar de ser un buen porcentaje manteniéndose similar a años anteriores, no por ello es el esperado, hay un gran número de pacientes consumidores de cocaína que siguen mostrando una gran inestabilidad a la hora de realizar su demanda en esta primera fase de valoración y consecuentemente nuestros datos en la codificación-derivación a otros proyectos ACAT se ven alterados. La tasa de reingresos se sitúa en un 11%.

El número de demandas de psicoterapia recibidas a lo largo de este año ha aumentado ligeramente respecto al ejercicio anterior.

- El porcentaje de éxitos es de un 47%.
- El porcentaje de fracasos y derivaciones 2%.

Todos los pacientes que finalizaron con éxito el tratamiento han pasado a la fase de seguimiento post-alta.

La media de sesiones en terapia se sitúa en, 4 sesiones en 4 meses, dato similar en el caso de las familias. Este dato mejora con respecto a años anteriores, estando por encima de la media deseada según nuestro modelo terapéutico (4 sesiones / 5 meses). Hemos ofrecido exitosamente a un gran porcentaje de pacientes una orientación y asesoramiento en la búsqueda de recursos formativos y de ocio (19%), con respecto al área laboral aumenta el porcentaje de clientes / pacientes en situación de paro con respecto al año 2016.

La coordinación con el Servicio Cántabro de Salud y los servicios de salud mental como en años anteriores es satisfactoria.

Como en años anteriores continuamos trabajando en coordinación con la Red Jurídico Penal.

El seguimiento post-alta terapéutica durante 3 años sigue demostrando un año más su eficacia, el porcentaje de altas 89% aumenta respecto al año anterior, las recaídas se convierten en reingresos y la tasa de retención es muy alta

Un año más, hemos cubierto las necesidades de la población en general, atendiendo a pacientes con edades comprendidas entre 14 y 70 años; este dato es muy significativo, indicando la diversidad de la demanda recibida. Gracias al modelo de trabajo adoptado por el equipo terapéutico, basado en la flexibilidad y la confianza, hemos logrado adaptarnos con facilidad a las nuevas demandas dando respuestas eficaces y eficientes. La atención inmediata, la adaptación de los horarios de nuestros pacientes y sus necesidades personales, son las características que definen este servicio y que son valoradas favorablemente por nuestros usuarios.

En cuanto al perfil de los clientes que acuden al servicio observamos lo siguiente:

El porcentaje de pacientes en activo laboral (38%) ha disminuido ligeramente respecto al año anterior.

Aunque sigue siendo superior al de pacientes en situación de paro (39%), el porcentaje de paro también ha aumentado desde el año anterior. sin embargo, como lleva ocurriendo desde aproximadamente el año 2010, cada vez es menor la diferencia entre ambos porcentajes, variación esta que entendemos directamente relacionada con el contexto social y económico.

La situación de convivencia de nuestros pacientes, mayoritariamente conviven con la familia (61%) y/o con sus parejas (10%) hecho que favorece la participación conjunta en el proceso terapéutico, este porcentaje se mantiene en valores similares a años anteriores.

El porcentaje de pacientes que acuden al centro con alguna causa judicial pendiente o con un cumplimiento alternativo a la pena privativa de libertad se mantiene con respecto al año 2016.

La vía de consumo aumenta con respecto al año 2016, esnifada (73%) situándose en segundo lugar como vía de consumo fumada (26%) seguida de oral (7%) e intravenosa (1%)

En conclusión, teniendo como base estos datos, el perfil de paciente de ACAT, es un varón de 33 años de edad, consumidor de cocaína, parado, que convive con su familia, de nivel socioeconómico medio, que no ha realizado un tratamiento anteriormente y que no tiene causas judiciales pendientes.

OTROS DATOS A DESTACAR

CURSOS, TALLERES Y CONFERENCIAS

Con respecto al compromiso en los objetivos del programa, de la formación continua, indicamos los cursos/jornadas realizados por el Equipo técnico.

Enero a Mayo:

- “La Gestión por procesos en las organizaciones sociales” Programa Gestionate Fundación Develop. 8Horas
- “Metodología para la implantación de mejoras en las organizaciones sociales” programa Gestiónate Fundación Develop.8 Horas.
- Proyecto “IMPULSO: desarrollo de claves de calidad para la mejora de la gestión y la transparencia de las entidades instituto de calidad de las ONGs (ICONG) 22Horas
- Proyecto “PLANTEA: plataformas de calidad, proyecto para la implantación de herramientas para la mejora de la calidad y la transparencia adaptadas del tercer sector”. instituto de calidad de las ONGs (ICONG) 22Horas.
- Intervención psicológica en emergencias. Colegio oficial de psicólogos de Cantabria. 8 H instituto de calidad de las ONGs (ICONG) 22Horas

Octubre-Noviembre:

- “Taller abordaje del tabaquismo en Pediatría”. Dirección General de salud pública, gobierno de Cantabria. 4,5 Horas.
- IV Jornada de intervención Psicológica en Emergencias. Colegio oficial de psicólogos del principado de Asturias. 8 Horas
- Congreso Internacional sobre Cannabis y sus derivados; Salud, Educación y Ley, Xunta de Galicia.