

PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



ÍNDICE

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO DE FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL	3
2.- MODELO DE INTERVENCIÓN.....	5
3.- PRINCIPIOS SOCIO Y PSICOTERAPÉUTICOS.....	6
4.- OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA	8
5.- CICLOS DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO.....	10
1 ^{er} ciclo terapéutico denominado: INTEGRACIÓN FUNCIONAL	10
2 ^o ciclo terapéutico denominado de : MADURACIÓN EVOLUTIVA	11
3 ^{er} ciclo terapéutico denominado de: REINCORPORACIÓN SOCIAL	12
4 ^o ciclo terapéutico de: RESOLUCIÓN Y POST-CURA.....	13
6.- ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS	13
I. Actividades Psicoterapéuticas.....	13
II. Actividades Socioterapéuticas.....	14
III. Actividades Socioculturales.....	14
IV. Actividades Ocupacionales.....	15
V. Actividades Lúdicas	15
VI. Actividades Deportivas.....	15
7.- ORGANIGRAMA FUNCIONAL Y HORARIOS.....	16

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO DE FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL

El Programa Terapéutico Spiral tiene características polimorfas e integradoras en lo referente a la orientación psicoterapéutica y en la dimensión grupal comunitaria, se basa, por un lado, en elementos transteóricos procedentes de diferentes escuelas y autores como Norcross, Malan, Mahoney, Beitman, Prochaska, Goldfied y Beck.. En España – entre otros- están Feixas y Fernández Liria. y de la psicología social de Kurt Lewin y paralelamente en principios de organización cognitiva (Festinger 1957, Matross 1974 entre otros), junto a indispensables aportaciones de la teoría del aprendizaje (Hovian, Bandura y Walters) y de la teoría del refuerzo operante de Skinner que, no obstante, no condicionan en absoluto nuestro proceder, ya que en la dimensión individual varios terapeutas utilizan técnicas no directivas (Carl Rogers), mientras otros emplean elementos cognitivo-conductuales (Meichenbaum, Marlatt y Gordon, estos últimos sobradamente conocidos en el ámbito de las adicciones), incluso terapia racional emotiva de Robert Ellis.

En términos generales se trata de una psicoterapia focal: terapeuta y paciente intentan clarificar uno o varios focos sobre los que poder utilizar un amplio rango de métodos terapéuticos. Obviamente en el caso de las adicciones este aspecto se sobreañade a los focos anteriormente delimitados. Tiene un soporte cognitivo: en la medida que hace una utilización plena de la capacidad del paciente para pensar acerca de sí mismo, de sus estrategias cognitivas de afrontamiento, de sus esquemas básicos (estructuras centrales de significación).

En este modelo se emplean los sistemas de autorregistro y las tareas encomendadas para casa. Muchas de las técnicas se extraen de los enfoques cognitivo-conductuales y cognitivo- sistémico. Siguiendo a Mirapeix, sería “una terapia de acción en la que el interjuego entre procesos mentales (cogniciones y afectos), acción, y las consecuencias de la acción, se enfatiza de manera

encarecida”. Una concepción proactiva y retroactiva de los procesos ayuda definitivamente a comprender la interrelación entre los niveles indicados.

Finalmente y respecto al impacto de la intervención recordemos el aserto de Rosenzweig relativo a que existe un autentico sinergismo terapéutico en las intervenciones. La personalidad del ser humano es de una pieza, y si alteramos algo en una parte de ella, va a repercutir en otras como "bucles interactivos", de tal forma que la intervención en uno de los niveles señalados repercute sistemáticamente en otros niveles.

Es decir, Instituto Spiral aglutina profesionales de muy diversas escuelas, orientaciones y tendencias, ya que todos ellos pueden converger en actividades al servicio de un programa que contiene elementos sustancialmente integradores y que es perfectamente compatible con las denominadas teorías integardoras: Goldfried, Gold y Stricker (Comprehensive handbook of P.I., N. York 1993), Beck (Cognitive Therapy as the Integrative Therapy, 1001), Arnold & Lazarus y Theodore Millon, aunque sin compartir la teoría evolucionista/personológica de este último. Más que teorías integradoras utilizamos "técnicas integradoras" sin adscribirnos en absoluto a ninguna escuela.

Respecto a los profesionales que desarrollan la labor tanto asistencial como extra-asistencial de Instituto Spiral, señalar que existen rigurosos procedimientos teórico-prácticos de selección que garanticen la valía, preparación e idoneidad de aquellos técnicos que vayan incorporándose a la institución, dado que el criterio de eficacia y la búsqueda de la mayor calidad posible en nuestro trabajo (sin olvidar que la naturaleza del mismo impone, de por sí, una preparación especial quizá no tan necesaria en otros ámbitos de la salud mental) presiden la trayectoria de Instituto Spiral desde sus orígenes.

Amén de las pruebas de selección antes mencionadas, Instituto Spiral potencia de manera constante la formación y el reciclaje de los diferentes

equipos y personas que conforman los cuadros clínicos de atención. Así, aparte de la asistencia y de la participación en multitud de cursos, jornadas y congresos de índole diversa, el propio Instituto mantiene un Programa de Formación Interna (P.F.I.) incluido dentro de los demás programas de formación del Area Docente cuyas ventajas no son sólo las referidas a adquisición de conocimientos y habilidades profesionales, sino a las derivadas de la mayor y mejor intercomunicación entre los Equipos y como, además, existe especialización según etapas terapéuticas y rotación de miembros del equipo para completar ciclos formativos, resulta sumamente enriquecedor poner sobre la mesa la información de los diferentes dispositivos para obtener una mejor panorámica de conjunto.

2.- MODELO DE INTERVENCIÓN

El modelo general empleado es el denominado *integrador*, que utiliza elementos transteóricos procedentes de diferentes escuelas y autores como Norcross, Malan, Mahoney, Beitman, Prochaska, Goldfied y Beck.. En España – entre otros- están Feixas y Fernández Liria.

A riesgo de simplificar, el modelo integrador en el plano individual es predominantemente cognitivo- conductual, en el ámbito grupal cognitivo-sistémico y en la intervención familiar y multifamiliar sistémico- educativo.

En términos generales se trata de una psicoterapia focal: terapeuta y paciente intentan clarificar uno o varios focos sobre los que poder utilizar un amplio rango de métodos terapéuticos. Obviamente en el caso de las adicciones este aspecto se sobreañade a los focos anteriormente delimitados. Tiene un soporte cognitivo: en la medida que hace una utilización plena de la capacidad del paciente para pensar acerca de sí mismo, de sus estrategias cognitivas de afrontamiento, de sus esquemas básicos (estructuras centrales de significación).

En este modelo se emplean los sistemas de autorregistro y las tareas encomendadas para casa. Muchas de las técnicas se extraen de los enfoques cognitivo-conductuales y cognitivo- sistémico. Siguiendo a Mirapeix, sería “una terapia de acción en la que el interjuego entre procesos mentales (cogniciones y afectos), acción, y las consecuencias de la acción, se enfatiza de manera encarecida”. Una concepción proactiva y retroactiva de los procesos ayuda definitivamente a comprender la interrelación entre los niveles indicados.

Finalmente y respecto al impacto de la intervención recordemos el aserto de Rosenzweig relativo a que existe un autentico sinergismo terapéutico en las intervenciones. La personalidad del ser humano es de una pieza, y si alteramos algo en una parte de ella, va a repercutir en otras como "bucles interactivos", de tal forma que la intervención en uno de los niveles señalados repercute sistemáticamente en otros niveles.

3.- PRINCIPIOS SOCIO Y PSICOTERAPÉUTICOS

Algunos de los **principios psico y socioterapéuticos de Instituto Spiral** son los siguientes:

1. El fenómeno de las adicciones, por lo general, suele ser supraindividual, debiéndose necesariamente abordar en todas sus dimensiones, lo que significa trascender el modelo médico psicoterapéutico. En dicho sentido, todo programa que pretenda ser resolutivo, tendrá un carácter estructuralista (Rodríguez Cabrero, 1992) si bien las limitaciones de una entidad privada hacen que "de facto" operemos según modelos psicosociales salvo allí donde gestionamos centros públicos y se tiene la posibilidad de una intervención amplia, comunitaria, es decir, estructural.

2. El programa Spiral, por tanto, interpreta dialécticamente el fenómeno adictivo, que comporta múltiples contingencias en diferentes frentes en continua evolución, lo que supone que los equipos profesionales tendrán una actitud siempre flexible, abierta, receptiva y atenta a los cambios externos e internos que se producen: del fenómeno adictivo, del sujeto y familia afectos, de la relación sujeto/sustancias, etc.

3. Respecto al programa psicoterapéutico, se efectúa una graduación de objetivos basada en el aprendizaje ligado al estado de consciencia bajo una constante de presión terapéutica, progresiva y concatenada, es decir transmitida de unas a otras generaciones de usuarios, utilizando los grupos de referencia tanto en el plano educativo (Watson y Johnson 1972) como en el modelativo y de aprendizaje social (Bandura y Walters).

4. En los centros terapéuticos es indispensable la creación de una atmósfera especial basada en la distensión compatibilizada con la ya referida presión continua y progresiva no agobiante pero sí suavemente incisiva y con el trasiego de mensajes y metamensajes desde todas las instancias: usuarios, técnicos, etc. Ello se consigue responsabilizando desde un principio al paciente para que se establezca la necesaria cadena terapéutica que, al hacer partícipes y corresponsables del proceso a todos (equipo y usuarios), logra una rápida potenciación del trabajo, posibilitando la ulterior ganancia de calidad y creándose un clima especial que facilita el progreso intraprograma para obtener el definitivo estilo terapéutico que dé relevancia al proceso en general.

5. En cuanto a las peculiaridades de la atención psicoterapéutica (ojo, sólo peculiaridades, porque obviamos elementos comunes a diversos programas) hacemos referencia a lo siguiente: atención especial a las denominadas áreas básicas de la adicción (dependencia, desvitalización, mixtificación y autocontrol) y la letrada autoestima, desidentificación, autoeficacia y autonomía junto a la importancia de una cuidadosa terapia familiar multifrontal (uni, multifamiliar y grupos de ayutoayuda).

6. Incidir hasta donde se puede en las variables sociocomunitarias del problema (compatible con los principios de psicología social de Kurt Lewin) siendo siempre conscientes de nuestras limitaciones sin por ello renunciar a lo práctico, relevancia de las actividades de reincorporación social.

4.- OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.- A CORTO PLAZO (ciclo cerrado)

Recuperación lo más completa y precoz posible de las secuelas inmediatas de orden médico-psico-social:

1.1.- Secuelas somáticas (corporales):

- Alteraciones fisiopatológicas, trastornos de los ritmos vitales, procesos disfuncionales, metabólicos, disciplinas o insomnio, etc...
- Secuelas médicas inmediatas (orgánicas, sistemáticas, neurológicas, etc..).
- Desintoxicación (si se da el caso) o definitiva eliminación de residuos tóxicos, procediendo a una biodepuración para reequilibrar la homeostasis corporal.

1.2.- Secuelas psico-pato-lógicas:

- Apartamiento y olvido de los inmediatos antecedentes consumofílicos.
- Recuperación de los trastornos psicológicos secuelares o connotativos a la drogodependencia: alteraciones distímicas, conductuales, caracteriales, etc...

- Introyección de pautas sanas de conducta mediante el seguimiento de actividades programadas y el remedo de modelos válidos para el advenedizo.

1.3.- Secuelas sociorrelacionales:

- Superación de los estigmas inherentes al tipo de vida llevado (descuido personal, aseo, alimentación, argot y empobrecimiento semántico, aliño indumentaria, forma marginal o caprichosa de relacionarse, etc..).
- Principio de un nuevo standard de relación con la familia y compañeros.
- Gestión y búsqueda de resoluciones a otros posibles problemas colaterales (jurídicos, laborales, etc.).

2.- A MEDIO PLAZO (ciclo cerrado)

Es donde más efectivamente se lleva a cabo el proceso de deshabitación y reestructuración personal, lo que requiere tiempo suficiente, medios oportunos, equipo técnico y método de trabajo adecuados e idóneos.

2.1.- Inducción de mensajes y metamensajes saludables, constructivos y definitivos (ver bases de desarrollo del programa).

2.2.- Maduración psicológica y culminación de la recuperación secuelar referida en el apartado 1.2, previa definición y aclaramiento del/los problema/as.

2.3.- Recuperación de las secuelas somáticas no inmediatas y rehabilitación de las mismas.

2.4.- Reestructuración responsable con paulatina y progresiva introyección de pautas saludables de conducta (lo que incluye la modificación de elementos de personalidad perniciosos).

2.5.- Formación cultural y/o académica.

2.6.- Trabajo familiar continuado y preparatorio.

2.7.- Gestión social, laboral, social individualizada.

3.- A LARGO PLAZO (ciclo semiabierto y abierto)

3.1.- Puesta a prueba de los elementos reestructuradores apreñados y fortificación de los mismos.

3.2.- Resolución del trabajo familiar, sociolaboral, etc., efectuado en el ciclo residencial cerrado y continuado en el ciclo residencial abierto.

3.3.- Estandarización (comprobación) de las pautas saludables de vida desarrolladas en el anterior ciclo.

3.4.- Intensificación de las medidas de inserción social (y familiar-laboral ,etc.), procurando establecer el escenario oportuno para que todas las condiciones ambientales jueguen a favor del residente una vez obtenga el alta.

5.- CICLOS DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO

1^{er} ciclo terapéutico denominado: INTEGRACIÓN FUNCIONAL

Dura entre 1 y 3 meses. Si el sujeto **precisa** desintoxicación, se procede a la misma con métodos de intervención activa, soporte médico-psiquiátrico y técnicas complementarias (ver **programa de desintoxicación**). Pasada la desintoxicación se entra en la denominada etapa de tutorización que sirve para, una vez conocido el funcionamiento del centro, comprender y vivenciar mejor las actividades sin solución de continuidad entre el ingreso y el discurrir de cada persona por la C.T. Tras la etapa de tutoría se entra de pleno en las actividades terapéuticas del programa procurando cubrir los objetivos terapéuticos de este primer ciclo (ver principios terapéuticos y objetivos generales del programa). **La terapia familiar** va siguiendo un curso paralelo y coordinado con el devenir en la C.T., si bien se pasa de una vertiente multifamiliar didáctica referida a aspectos elementales, a otra educativa también sobre

aspectos más pragmáticos y prospectivos, decididamente orientados al futuro inmediato con el sujeto.

En el caso de los pacientes derivados por el Ayuntamiento de Madrid, la terapia familiar es llevada a cabo por los profesionales de los CAD correspondiente, con una adecuada comunicación y coordinación entre los técnicos del Ayuntamiento y de Instituto Spiral.

2º ciclo terapéutico denominado de : MADURACIÓN EVOLUTIVA

En este ciclo se completa el plan de deshabitación, desarrollándose un diferenciado proceso psicoterapéutico que confiere carta de naturaleza a esta etapa. Es donde se materializa el análisis y la resolución individual (en un marco grupal), lo cual confiere un equipo y un programa de trabajo muy especializado. Dura entre 3 y 5 meses y se realiza en el mismo centro (comunidad terapéutica) aunque en régimen semiabierto, con salidas programadas a casa y estancias intermitentes de 5 días o -si es posible- al piso de reinserción para ir efectuando trabajo sobre áreas básicas y afrontar más decididamente el plano de la dependencia (y bidependencia), de los estímulos condicionados, autoestima, etc. Sirven para implementar de manera decidida lo anteriormente aprehendido, desarrollando aspectos psicosociales relacionados con su devenir inmediato, objetivos pragmáticos de futuro y proyectos de vida, todo ello bajo la tutela de educadores, psicólogos y trabajador social que coordinan los frentes abierto y cerrado junto con los profesionales de referencia de su CAD de derivación que a este nivel efectúa una inflexión de manera que se adecuen al estado real del paciente, sin rémoras del pasado y con los ajustes precisos para un nuevo marco convivencial.

3^{er} ciclo terapéutico denominado de: REINCORPORACIÓN SOCIAL

Tanto este 3^{er} ciclo como el siguiente, en los sujetos derivados por el Ayuntamiento de Madrid, se efectuará en el CAD derivador.

Se llega así el tercer y definitivo ciclo terapéutico que se puede llevar a cabo en un piso tutelado o desde la C.T. si así se estima conveniente y en algunas ocasiones en el seno familiar o de otra familia responsable. Se combina la autonomía con la incorporación social, verificando, comprobando y poniendo en práctica en el medio de origen todo lo adquirido anteriormente, corrigiendo y modulando los últimos déficits que aún restase por subsanar. Aquí culmina asimismo el trabajo de terapia familiar que se ha ido desarrollando durante todo el programa terapéutico. Dura entre 3 y 6 meses, aunque puede oscilar según casos hasta que los ajustes (familiares, sociales, etc) permitan un alta en las mejores condiciones posibles.

Esta etapa posee, por ello, un carácter globalizador frente al reduccionismo observable en aquellos tratamientos que privilegian el afán de normalización social del adicto sobre lo más esencialmente psicoterápico que, además, cobra mayor importancia cuando el sujeto tiene que transferir lo aprehendido a contextos donde coexisten situaciones, estímulos y conductas de toda índole a la búsqueda del crecimiento en autonomía personal.

Así, el Ciclo Urbano pretende conseguir un equilibrio lo más eficaz y consistente posible entre tres planos básicos (el psicológico, el de las capacidades instrumentales y el de la aplicación práctica) que conforman la esencia del proceso de rehabilitación mientras se entiende y se atiende como partes fundamentales del mismo a la progresiva reintegración social del adicto y a la finalización satisfactoria del trabajo familiar paralelo.

4º ciclo terapéutico de: **RESOLUCIÓN Y POST-CURA**

Cuando el residente ha demostrado una suficiencia notable respecto a la contención del consumo y adquirido un nivel de autonomía tal que prácticamente puede desvincularse del programa sin mayores problemas, pasa a una etapa donde virtualmente hace una vida autónoma, acudiendo al centro sólo a actividades concretas y a entrevistas con el equipo pero con una voluntad por ambas partes (equipo y residente) de resolver del mejor modo posible el tratamiento residencial por evolución satisfactoria que concluye con el alta terapéutica por finalización de programa, estableciendo con cada residente un **plan de seguimiento** individual que implica la celebración de entrevistas periódicas de valoración y el cumplimiento de protocolos de seguimiento DARP-M para pacientes y familiares que el Instituto envía regularmente a todos los usuarios de sus programas (aquellas personas que causan baja voluntaria o reciben el alta a instancias del equipo antes de finalizar el programa entran igualmente en un **plan de seguimiento**).

Estas entrevistas periódicas primero se celebran dos o tres veces por semana, luego se realizan con periodicidad semanal, quincenal, mensual, bimensual, trimestral y, después de transcurrir 24 meses desde la fecha de alta se pasa a seguimientos semestrales durante 2 ó 3 años más.

6.- ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS (Ver “Subprograma de Actividades Terapéuticas Grupales”)

I. Actividades Psicoterapéuticas

Pueden ser individuales, grupales y colectivas, según atiendan al plano unipersonal de pequeño grupo (dinámica grupal) o gran grupo (colectivas). Tienen como objetivo atender al plano anímico-comportamental y reestructurador

en lo psicológico, superando la consumofilia y procurando la autoafirmación vital del sujeto.

II. Actividades Socioterapéuticas

Obviamente tienen un carácter grupal, bien microgrupal, bien colectivo o asambleario. Atienden a diferentes aspectos del plano vital, relacional (interrelacional), funcional y -por lo tanto- estructural del individuo, adoptando el paradigma sujeto respecto al grupo (microgrupo o gran grupo) como referente sistemático de trabajo.

III. Actividades Socioculturales

a) Actividades formativo-académicas: en primera instancia las actividades formativo-culturales se limitan a un nivel básico o un horario ligero toda vez que la capacidad comprensiva/aprehensiva está disminuida como secuela inmediata del todavía reciente consumo de drogas posteriormente se progresa y profundiza hasta que la capacidad amnésica y cognitiva es satisfactoria.

b) Actividades culturales: siempre abiertas a la inclusión de novedades. En general las actividades más frecuentes son: seminarios y monográficos culturales (uno o dos por semana), diaporamas, vídeos o posters culturales (uno por semana), educación para la salud (quincenal), revista (a expensas del magazin), cine-club y videoforum, mediante videoteca con sesiones preelaboradas y entrega de ficha técnica con ulterior debate postvisionado, visitas culturales (museos, exposiciones, etc), taller de expresión plástica y artesanal: repujado, arcilla, marquetería, macramé, pintura, etc. taller de teatro y vídeo.

IV. Actividades Ocupacionales

Tienen gran importancia tanto a nivel psicológico como formativo y relacional. Se procura que los trabajos sean rotativos y no agotadores, pero sí continuados y a buen ritmo. En todo momento se tiene en cuenta el estado físico y psíquico del sujeto.

Las actividades laborales son variadas, y se llevan a cabo por la mañana, después del desayuno, y durante un tiempo aproximado de 2 horas. Normalmente se trabajan en grupos reducidos de forma que, al mismo tiempo que cada persona desempeña la tarea que le hayan asignado, tenga ocasión de dialogar con los compañeros sin que esto signifique convertir el trabajo en una tertulia.

V. Actividades Lúdicas

Cubren parte del tiempo en que no se desarrolla el resto de las actividades. Consideramos que el ocio y tiempo libre necesariamente deben estar bien utilizados so pena de involucionar. El adicto debe tener escaso tiempo libre y aunque puede parecer duro y desproporcionado, pronto se ve, en la práctica, que el tener un programa apretado es enseguida agradecido por los propios residentes.

VI. Actividades Deportivas

Son un complemento indispensable para mantener un cuerpo sano y recuperar la energía vital frente a la actitud apática y pasiva del toxicómano. La gimnasia se realiza a primera hora de la mañana nada más levantarse y el deporte por la tarde, antes de las actividades psico y/o socioterapéuticas.

Algunas de las actividades son : fútbol, baloncesto, voleibol, natación (en verano), tablas de gimnasia, "olimpiadas" (diversas pruebas cronometradas), footing y expresión corporal.

La actividad deportiva ayuda a establecer hábitos saludables de vida y reconstruye el autoconcepto mediante la atención y el cuidado de las propias necesidades corporales, además de fomentar el espíritu de grupo y la interacción personal.

7.- ORGANIGRAMA FUNCIONAL Y HORARIOS

La actividad en comunidad terapéutica se estructura mediante un organigrama que no sólo ayuda a mantener el funcionamiento diario de la misma sino que subdivide la totalidad en diversas áreas de las que se responsabiliza de manera progresiva a los residentes al objetivo de que la intervención psico y socioterapéutica posea un referente práctico que coadyuve en el proceso de rehabilitación.

El equipo técnico se encuentra presente mediante la supervisión, la orientación y, si fuera menester, la gestión directa a todos los niveles, incidiendo especialmente en que la organización del centro no suponga el establecimiento de una jerarquía de privilegios en que los más veteranos usen su experiencia de manera negativa con los recién llegados. Se aspira a que, de este modo, los usuarios se impliquen no sólo individual sino grupal y ecológicamente en su tratamiento y, con ello, se potencia la ganancia de autonomía, el asentamiento y la participación de la realidad que les rodea.

Respecto a los horarios, cabe señalar que, si bien se respecta al máximo la distribución tanto longitudinal como transversal de las actividades el equipo suele realizar modificaciones si las necesidades terapéuticas y de organización interna del centro así lo requieren.

HORARIOS

EJEMPLO DE HORARIO DIAS LABORALES

8:00 - 8:45 h	Levantarse y Gimnasia
8:45 – 9:00	Aseo
9:00 – 9:30 h	Desayuno
9:35 – 11:05 h	Trabajos y tareas designadas
11:10 – 11:25 h	Aseo/ duchas
11:30 – 12:30 h	1ª Actividad psico ó socioterápica (*)
12:30 – 12:45 h	Descanso y bocadillo o fruta
12:45 – 13:45 h	2ª Actividad psico ó socioterápica (*)
14:00 – 14:45 h	Comida
14:45 – 15:15 h	Comentario
15:25 – 16:25 h	Actividad deportiva
16:30	Duchas
17:00 – 17:30 h	Merienda
17:30 – 18:00 h	TP (Trabajo Personal)
18:00 – 19:00 h	3ª Actividad psico ó socioterápica (*)
19:15 – 20:00 h	Tiempo libre
20:00 – 20:30 h	Comentario fin de jornada
20:30 – 21:15 h	Cena
21:15 – 22:15 h	TP (Trabajo Personal)
22:15 – 22:45 h	Revisión TP
22:50 h	Acostarse

(*) *Hay 3 bloques de psicoterapia grupal diaria*

La psicoterapia individual se realiza a lo largo de la mañana y tarde según va convocando el terapeuta.