



# PROGRAMA PARA PACIENTES CRÓNICOS

FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



## Índice

I.- INTRODUCCIÓN.....	3
II.- CUESTIONES PREVIAS A TENER EN CUENTA .....	4
III.- PRINCIPIOS PSICOTERAPÉUTICOS .....	6
IV.- OBJETIVOS .....	7
V.- DESARROLLO.....	8

## I.- INTRODUCCIÓN

Más de la mitad de los sujetos atendidos en dispositivos públicos para adicciones son adictos de larga trayectoria. Y puesto esta población muestra una tendencia al alza, la oferta asistencial necesita reajustarse para hacer frente a las circunstancias que la acompañan. Debido a ello, tanto los dispositivos como los profesionales que intervienen en este campo deben adecuarse a una realidad que - como la mencionada - desgasta y satura, máxime cuando además a los perfiles y trastornos adictivos clásicos se le suman con rapidez inusitada otros nuevos, la transformación de los ya conocidos o la mezcla de unos y otros. Como consecuencia de este dinamismo, a los dispositivos de atención van llegando sujetos en distintos estadios patológicos, con características diferentes y necesidades específicas que exigen una diversificación de la oferta terapéutica sin parangón con etapas previas del abordaje de las adicciones y que obligan a los programas de intervención a adecuarse en la medida de lo posible a la persona que lo protagoniza y no al revés.

Mientras que se vienen haciendo grandes esfuerzos por adaptarse a lo novedoso en su dimensión científica y asistencial, aquellos pacientes y situaciones “clásicas” tienden a cronificarse por efecto tanto de su evolución mórbida como del cansancio y saturación que crean en los profesionales que los atienden. El resultado final de cuanto se dice más arriba es que, bien por un tácito sobreentendido o bien por las dificultades que lo acompañan, en adictos crónicos se da una importante tasa de fracasos relacionada no sólo con sus limitaciones sino con aquellos planes de recuperación más ambiciosos que hacen que se mantenga una bolsa de pacientes dentro de las redes de atención que acaban derivando de programa en programa sin obtener resultados y, antes bien, sobrecargan los circuitos asistenciales. Estos pacientes con mucha frecuencia presentan complejas problemáticas no sólo en áreas específicas de la triada biopsicosocial sino cristalizadas en la influencia patológica entre todas ellas.

Sin perjuicio de que tales circunstancias estén impulsado la actividad profesional en todos sus niveles (investigación, atención, prevención, etc.), conviene tener presente que todos los programas de intervención - sean del tipo que sean - se instrumentan buscando la superación de las patologías y trastornos sobre los que inciden o, cuando menos, la detención del menoscabo que los acompaña. No queremos repetir lo contenido en otros textos (ver **“Programa Terapéutico Spiral. Aspectos Generales”**) pero sí insistir en que cualquier programa que pretenda desarrollarse con éxito debe individualizar el planning de trabajo recuperador y reintegrador de manera que el continuum terapéutico se asegure como una sumación de diversos frentes de intervención destinada al abordaje directo de las situaciones de dichos usuarios a fin de replantear los objetivos y obtener, si ello resulta posible, una mejora de las condiciones necesarias para el establecimiento de nuevas estrategias terapéuticas.

## **II.- CUESTIONES PREVIAS A TENER EN CUENTA**

- El primero de ellos es el de que un programa para pacientes crónicos **no debe excluir a quienes en él participan de los demás ámbitos y subprogramas que se desarrollen en el centro o recurso asistencial**. El que tales personas precisen de ciertas medidas especiales o que el nivel de exigencia terapéutica deba adaptarse a sus peculiaridades, limitaciones y dificultades evolutivas no puede convertirse en argumentos descalificadores ni en lo funcional ni, mucho menos, en lo relacional, moral o social.
- Dicho programa necesita ser **integrador de fondo y ecléctico en la forma**, pues la complejidad del propio fenómeno obliga a plantearse intervenciones multiaxiales (no confundamos “menor potencial de cambio” con “intervención más sencilla”). Además, debe evitar planteamientos contundentes, monolíticos o monofocales como podrían ser todos aquellos adscritos a una escuela o modo de interpretar la realidad que, en tan complejo marco como el de las adicciones, resultan en extremo difícil de referenciar.

- El programa es un **corpus en evolución dinámica, no mecánica**. Necesita cambiar en función de la sensibilidad que mantenga respecto a la aparición de nuevos perfiles y necesidades en la población atendida.
- Implica tener en cuenta una **secuencia delicada de etapas** al objeto de que el proceso se desarrolle congruentemente, sobre todo cuanto tiene que ver con *la preparación para la consciencia*.
- La **disciplina terapéutica** viene a convertirse con estos pacientes no sólo en instrumento necesario para el desarrollo del programa sino en un fin en sí mismo. El programa aspira a conseguir que el sujeto se apropie del metaaprendizaje de la disciplina como principio vital, reorganizador y reintegrador.
- En la implementación de programas para pacientes crónicos resulta más importante aún, si cabe, el **estilo terapéutico**, ya que a iguales elementos, programa y profesionales no corresponden idénticos resultados. pues dicho estilo surge del equilibrio entre normalización, presión grupal, co - gestión, clima acogedor, carisma terapéutico, espíritu crítico y capacidad de iniciativa.
- Ajustar los objetivos a las capacidades y limitaciones de los pacientes **no supone renunciar al máximo de beneficios terapéuticos**. Aunque la reestructuración precede a la curación, no son fenómenos estancos y aislados y más bien suponen un continuum desde el inicio del proceso de tratamiento.
- Finalmente, este programa busca y promueve la **responsabilización del paciente sobre su evolución**, ya que, si todas las decisiones las tomaran los profesionales, aparecería la pasividad, que degeneraría en la apatía (tan cercana a la dependencia) y, al final, llegaría el fracaso.

### **III.- PRINCIPIOS PSICOTERAPÉUTICOS<sup>1</sup>**

#### **1.- Gradación progresiva de objetivos**

De nada sirve planificar metas psicológicas más diferenciadas si no se superaron elementos tan básicos como la desvitalización, la desconfianza, los déficits atencionales, la inestabilidad anímica, etc. Para ello, las Áreas Básicas (tanto en su vertiente psicofísica como relacional y psicológica) deben cuidarse en extremo a lo largo de todo el proceso terapéutico pues son indicadores evolutivos de primer orden.

#### **2.- Creación de una atmósfera terapéutica especial**

Difícil de conseguir debido al deterioro y a las oscilaciones tónicas de tales pacientes. Para crear dicha atmósfera ayuda una espiral de mensajes y metamensajes terapéuticos que favorezcan el constructivismo y neutralicen los estímulos antiterapéuticos o "negativos" que indudablemente se reciben dentro y fuera del programa.

#### **3.- Autoafirmación personal, recuperación de la identidad y mejora de la autoeficacia**

El establecimiento de un proyecto de vida saludable y la determinación para no volver a consumir drogas son las bases sobre las que se asienta el proceso de recuperación.

---

<sup>1</sup> Adaptados del "Programa Terapéutico Spiral. Aspectos Generales"

## IV.- OBJETIVOS

Los **objetivos generales** serían:

- La consecución y el mantenimiento de la plena abstinencia del consumo de drogas con un patrón de comportamiento saludable y en armonía el medio dentro del mejor grado posible de bienestar psicofísico.
- El aprendizaje de estrategias de prevención y de manejo de recaídas mediante el análisis y la comprensión del problema con las drogas y la identificación de situaciones, pensamientos y estados emocionales asociados que al consumo.
- La recuperación de las secuelas médicas, psico(patológicas) y sociorrelacionales con reestructuración progresiva y adopción de pautas de conducta favorables en un marco de plena incorporación social.
- El mantenimiento de un aceptable grado de vitalidad y de autocontrol en un plano de autonomía o búsqueda de la misma, todo ello sobre un buen nivel de autoestima y autoeficacia.
- La ejercitación y refuerzo de las capacidades y recursos de que disponga el sujeto.
- El desarrollo de una serie de habilidades para la competencia social y la adaptación al entorno que promuevan la integración del sujeto en el medio social donde se desenvuelve.
- La adquisición de destrezas instrumentales básicas que posibiliten en un funcionamiento lo más autónomo posible dentro de la sociedad.

Los **principales objetivos parciales** son:

- Valorar e incidir sobre la problemática específica del usuario que no ha logrado el éxito en otros programas a fin de obtener los cambios necesarios para poder diseñar otras estrategias de intervención.

- Evaluar las contingencias físicas y sociales que pudieran haber dificultado o impedido al sujeto alcanzar el éxito en otros programas de intervención para, en la medida de lo posible, incidir sobre ellas.
- Evaluar los trastornos y dificultades psicológicas que pudieran haber impedido el adecuado desarrollo de otras estrategias asistenciales con el fin de abordar de manera individualizada aquellos cambios necesarios.
- Incorporar al sujeto a aquellas tareas y actividades más acordes con sus características y posibilidades, respetando su tempo evolutivo.

## V.- DESARROLLO

### V. I. PLANOS DE INTERVENCIÓN

#### 1. Programa de desintoxicación y tratamiento médico

Se efectúa un estudio del nivel adictivo para prever el grado de adicción y la trascendencia de la privación. Si es precisa una desintoxicación, se lleva a cabo con las siguientes medidas:

1. **Reajuste somático** si el sujeto lo precisa, con aporte vitamínico y hepatoprotección.
2. **Tratamiento del síndrome deprivativo**, incluyendo la recuperación del ritmo somnolento normal.
3. **Tratamiento coadyuvante en función de cada caso**: antidepresivos y eutimizantes si surgen procesos depresivo- reactivos; fármacos anticraving si aparece anhelo compulsivo de drogas; neurolepticos si aparece sintomatología psicótica o antisocial relevante, anticomiciales si aparecen crisis convulsivas y nolitropos (que no utilizamos por parecernos poco eficaces) si presenta confusión mental o trastornos de la atención y memoria.
4. **Medidas de orden general e higiénico-dietético**. Durante los primeros días se debe garantizar una ingesta hídrica suficiente para neutralizar la



diaforesis y garantizar el equilibrio hidroelectrolítico, prescribiéndose asimismo una dieta (sin grasas ni nutrientes hepatotóxicos) a base de verduras, fruta fresca de temporada, legumbres sin grasa, cereales, carnes y pescados a la plancha o sencillamente condimentados y con aporte calórico y glucosado (con control endocrinológico en sujetos diabéticos). En general, comidas normales, equilibradas y digestivas. Se intenta que el paciente haga ejercicio de forma moderada pero activa y siempre acompañado de alguien de confianza que le proporcione apoyo anímico.

## **2. Programa de deshabitación**

La deshabitación es el tratamiento curativo por antonomasia, entendiendo *curación* como un comportamiento abstinerente dentro de un marco de calidad de vida y sano y el (re)establecimiento de relaciones sociofamiliares y familiares con recuperación de la salud hasta donde sea posible. Incluye **psicoterapia individual, grupal, terapia familiar, tratamiento y supervisión médico – farmacológica** y tiene la peculiaridad de ser individualizado (aunque la metodología de intervención sea parecida de uno a otro paciente) al contemplar la interacción de todos los factores que se dan en el proceso de recuperación: tanto el nivel de las cualidades particulares del individuo (personalidad, grado de severidad...) y de las medidas concretas que se adopten (recomendaciones, manejo de la familia, nivel de reorganización de vida, etc.) como el nivel de integración de las técnicas y filosofías terapéuticas posibles.

## **3. Prevención de recaídas**

Implica todo un plan de intervención específica en un apartado tan importante como es la prevención de posibles regresos a la situación adictiva inicial, orientando y enseñando a los pacientes a evitar las recaídas en el consumo de drogas y promoviendo, entre otras cosas, un cambio cognitivo

referente a cómo se valoran respecto a su adicción y de qué recursos y estrategias disponen para hacer frente a ésta.

### Objetivos

Dirigido a la prevención de recaídas, a comprender y analizar su problema con las drogas e identificar qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden acercarlos al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente. Implica todo un plan de intervención específica que supone un proceso recursivo entre la Evaluación Toxicofílica (individual y grupal) que se efectúa sobre cada adicto y de la que sale el Perfil de Estado Toxicofílico de cada uno de ellos según el momento evolutivo en que se encuentre y la aplicación de una serie de Actividades y Medidas Deshabitadoras específicas que se coordinan e integran con el resto de actividades del programa. Los resultados de aplicar tales medidas deshabitadoras deben promover, entre otras cosas, un cambio cognitivo en la persona respecto a cómo se valora respecto a su adicción y de qué recursos y estrategias dispone para hacer frente a ésta completándose de esta manera el circuito terapéutico, pues se realizaría ahora una nueva Evaluación Toxicofílica que desembocaría en otro Perfil de Estado Toxicofílico y en la planificación de las Actividades Deshabitadoras pertinentes.

### Actividades

Se trata de establecer una secuencia cognitiva recursiva entre las actividades cuyo objetivo primordial es la COMPRENSIÓN y las que se basan en la VIVENCIACIÓN a fin de que el adicto utilice y desarrolle sus recursos y estrategias personales e incorpore progresivamente otras nuevas. Las actividades fundamentales serían:

- Reeducaciones y Grupos RED
- Revisión de la Agenda Autorregistro de Episodios SIRSS (*situación – intención – reacción – sensación – sentimiento*)
- Vídeos Spiral P.R.
- Actividad de Prevención de Recaídas

#### **4. Reincorporación sociolaboral**

Programa de orientación laboral y formativa cuyos objetivos fundamentales son:

- Llevar a cabo el proceso de reincorporación sociolaboral de los pacientes en condiciones de mayor autonomía y contacto con el entorno.
- Conseguir la normalización en el ámbito personal, familiar, de ocio, comunitario y laboral.
- Adquisición de recursos y de capacidades de orientación comunitaria por parte de los pacientes que les permita un uso adecuado de los períodos de ocio.
- Formación y capacitación laboral de los pacientes en tratamiento para evitar que los antecedentes de consumo de drogas sean causa de discriminación en el medio laboral.
- Construcción o recuperación e implicación de una red social de apoyo para el paciente que evite posibles situaciones de desarraigo.

#### **Objetivo general**

Ofrecer a los adictos la información y recursos necesarios que les faciliten la búsqueda de empleo, atendiendo además tanto a dificultades generales como particulares de cada usuario.

#### **Objetivos específicos**

1. Transmitir la relevancia del área de formación y orientación laboral en el proceso de rehabilitación y reinserción de las adictas.
2. Ayudar a cada paciente a plantearse objetivos personales y profesionales concretos a corto, medio y largo plazo. concretar el proyecto profesional.
3. Informar sobre las fuentes a las que las usuarias pueden acudir para encontrar empleo.
4. Enseñarles a elaborar un curriculum vitae y una carta de presentación.

5. Conocer los pasos a dar en una búsqueda activa de empleo.
6. Favorecer que tomen conciencia de la necesidad de adaptarse a las empresas cuando se presentan las candidaturas.
7. Descubrir soluciones alternativas al empleo por cuenta ajena.
8. Posibilitar el aprendizaje de estrategias para superar un proceso de selección y entrenamiento para la realización de la entrevista de trabajo.
9. Aprender criterios de decisión ante una oportunidad de empleo.
10. Desarrollo de estrategias para mantener el empleo.

### Metodología

Talleres presenciales divididos en módulos y éstos a su vez en sesiones diarias en las que se plantean, además de explicaciones magistrales de los contenidos, dinámicas de grupo, role-playing, técnicas psicoterapéuticas y de habilidades sociales, técnicas todas ellas dirigidas al conocimiento, reflexión, toma de conciencia e integración de los contenidos y objetivos del programa.

## **V. II. DESARROLLO PRÁCTICO DEL PROGRAMA**

### **1ª ETAPA: Evaluación Bio-Psico-Social**

El programa da comienzo en el instante en que se recibe por primera vez al usuario (entrevista pre-ingreso). En este primer contacto se pretende establecer un perfil clínico del mismo que proporcione datos para planificar las siguientes actuaciones. Así mismo, se intenta analizar los factores asociados a fracasos precedentes y las barreras que puedan impedir el planteamiento de nuevas estrategias terapéuticas o cambios de actitud.

Resulta de especial importancia que los profesionales que atienden a este tipo de pacientes posean capacidad suficiente para manejar sus posibles reproches e inculpaciones e inducir una visión más optimista de las posibilidades con que cuentan a fin de incrementar la motivación del mismo

respecto al posterior proceso terapéutico mediante una clarificación de sus verdaderas necesidades y una toma de conciencia de la naturaleza de sus problemas.

## **2ª ETAPA: Integración-Reorganización**

Una vez que el paciente ingresa en el centro elegido (y teniendo en cuenta que se debe completar la evaluación iniciada previamente), arranca su proceso terapéutico propiamente dicho. En esta etapa predominan los objetivos tutoriales en el plano individual específico y se incide especialmente en las áreas más funcionales, de relación y de actitud ante la rehabilitación.

Es imprescindible en estos momentos que la persona sienta un apoyo constante del equipo técnico del centro que le proporcione la confianza necesaria para seguir las indicaciones y pautas que se le puedan prescribir. Además, debe recibir información clara y adaptada a su estado personal (ánimico sobre todo) tanto de cómo avanza en el proceso de recuperación como de otros temas que pudieran interesarle. Es igualmente prioritario ayudarlo a ceñirse al aquí y ahora de su situación personal a fin de que alcance el mayor equilibrio psicológico posible dada la enorme volubilidad anímica a que suelen estar sometidos estos sujetos.

Los objetivos de esta etapa serían:

### **Objetivos funcionales**

- La adquisición y mantenimiento de hábitos saludables de conducta y autodisciplina.
- La adaptación a las normas y horarios del centro y el desempeño progresivo de responsabilidades dentro del mismo.
- El incremento del interés y motivación del sujeto respecto a las actividades terapéuticas.

### **Objetivos relacionales**

- Adecuada integración en el grupo de compañeros.
- Fomento de un estilo activo de comunicación tanto en lo formal como en lo afectivo.
- Incremento de la capacidad crítica y autocrítica.

### **Objetivos psicológicos**

- Adquisición de vitalidad, ilusión y ganas de luchar por metas que no excedan las capacidades reales de la persona y que incidan especialmente en las adquisiciones prácticas necesarias para el avance terapéutico
- Fomento del interés por comprender y solucionar la adicción y las consecuencias asociadas a la misma.
- Implicación activa en la dinámica del programa, empezando a aceptar su responsabilidad personal respecto al propio proceso.

### **2ª ETAPA: Maduración**

Esta etapa se orienta a profundizar en el trabajo psicológico iniciado previamente. Especial importancia tiene durante la misma la incidencia sobre las Áreas Básicas, que resultan motor, objetivo y guía de esta fase.

Los objetivos de esta etapa serían:

### **Objetivos funcionales**

- Se precisa interiorizar y mantener lo conseguido hasta el momento con escasa o nula presión externa.
- Se requiere, igualmente, un buen rendimiento general en las tareas desarrolladas.

- Se busca fomentar la capacidad del sujeto para evaluar lo más objetivamente posible su momento en el tratamiento y para desarrollar objetivos terapéuticos adaptados a ello.

### **Objetivos relacionales**

- Adquisición y desarrollo de capacidades de interacción y de comunicación asertiva.
- Profundización en los contenidos íntimos y expresión de los mismos.
- Mantenimiento de pautas comunicativas saludables.

### **Objetivos psicológicos**

- Adecuado concepto y conocimiento de sí mismo e incremento de la confianza en las propias posibilidades y capacidades.
- Desarrollo del afán de superación y de la capacidad resolutive.
- Adecuada tolerancia a las frustraciones y estabilidad anímica.
- Aceptación de los compromisos y renunciaciones inherentes a la abstinencia

### **3ª ETAPA: Implementación - Reintegración Social**

Etapa en la que se intenta trasvasar lo conseguido en el centro al entorno de origen del paciente y en la medida de que ello resulte posible.

### **Objetivos funcionales**

- Mantenimiento de hábitos fuera del marco residencial.
- Conocimiento e integración en los recursos que ofrece el medio.
- Capacitación suficiente para hacer frente a las dificultades.

### **Objetivos relacionales**

- Búsqueda de integración social a través de ambientes saludables.

- Integración en grupos sociales normativos.
- Interés manifiesto por un estilo de vida y por relaciones no asociados al consumo de drogas.
- Adecuada resolución de conflictos relacionales.

**Objetivos psicológicos**

- Mantenimiento de la abstinencia.
- Manejo de las situaciones de soledad, monotonía y aburrimiento.
- Planteamientos de futuro lo más claros y realistas posibles.
- Nivel aceptable de autonomía personal.