



# PROGRAMA CENTRO DE DÍA

## FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL



## **Consideraciones previas**

Admitiendo el carácter multicausal de las Adicciones, cuyo resultado final sería una dependencia plenamente instaurada, es responsabilidad importante del equipo evaluador efectuar un perfil ponderado de cada problema concreto donde se valoren tanto el plano adictivo, las características psicológicas y biomédicas del sujeto como las circunstancias en que se desenvuelve cotidianamente con el fin de trazar un ajustado estudio sociofamiliar en su más amplio sentido (situación jurídica, grado o no de desarraigo, trabajo, estudios, situación laboral relaciones sociales, grupos de relación, vecindario, zona, etc.) de manera que se **adecúe** en la medida de lo posible el **programa al sujeto** (y no al revés) y, dentro de esa adaptación, que se individualice el planning de trabajo recuperador y reintegrador.

Del estudio minucioso de dicho perfil ponderado es de donde surgen las líneas de intervención básicas. A dicho propósito, y según casos, pueden distribuirse los modos de intervención en un eje u otro pero con idénticos objetivos. Así, un sujeto relativamente bien integrado pero con una historia de fracasos repetidos y una polaridad psico-dependiente alta, precisará un programa de índole más psico que socioterápica sin olvidar en absoluto los elementos de reinserción. Si, por el contrario, el problema estriba en graves desajustes familiares y demás condicionantes exógenos, pero relativamente buen grado de autocontrol en condiciones favorables, precisará una cuidadosa intervención en su polo sociogenético. La intervención terapéutico-integradora en Adicciones comienza porque el adicto tome conciencia de la complejidad del problema en los términos antes expuestos, debiéndose trabajar muy activamente el vacío existencial y sentando las bases para una vida futura abstinerente de drogas con plena capacidad para el autocontrol. Pero lo anterior no basta, el sujeto debe aspirar a una recuperación estructurada en una integración normalizada en el medio de origen (u otro si aquél le es en extremo hostil), llegando a un aceptable nivel de equilibrio interior y armonía con el medio que aboca en un nuevo esquema de funcionamiento donde la respuesta a los acontecimientos y la propia conducta están regidas por el equilibrio y la búsqueda activa de madurez con conciencia clara de las propias limitaciones y una actitud general de cierta "reflexividad realista". El problema general que lleva a una persona a iniciar este proceso se contextualiza dentro de un marco de interrelación sujeto/mundo donde no basta con resolver el problema inmediato sino que hay que establecer las bases para curar la adicción y prevenir su reaparición a través de la organización del aparato psicorrelacional del sujeto, debiéndose tener en cuenta que el trabajo reestructurador en un adicto es un largo proceso de aprendizaje y reeducación, a veces más importante que la mera superación de la dependencia..

En definitiva, el objetivo irrenunciable de la intervención terapéutico-integradora es la restitución o adquisición del mejor nivel posible de salud psicofísica e integración social en su sentido más amplio, en condiciones de abstinencia y con las capacidades suficientes como para mantenerse así.

## **OBJETIVOS**

EL **OBJETIVO FUNDAMENTAL** es la rehabilitación absoluta biopsicosocial en un marco de intervención integral (personalidad, salud, familia, trabajo y estudios, relaciones sociales, etc.).

\* Los principales **objetivos parciales** son la recuperación de las secuelas médicas, psico(patológicas) y sociorrelacionales con reestructuración progresiva y adopción de pautas de conducta saludables en un marco de plena incorporación social. El objetivo final es el mantenimiento definitivo de la abstinencia con un aceptable grado de vitalidad y autocontrol en un plano de autonomía o búsqueda de la misma todo ello sobre un lecho de autoestima y autoeficacia <sup>1</sup>.

\* La resolución del problema lleva inherente un **plan de prevención de recaídas** que forma parte de los objetivos parciales junto con el seguimiento y evaluación permanente de todos los programas terapéuticos.

\* El último grupo de objetivos hace referencia a la necesidad de **actualizar y ajustar permanentemente** el programa terapéutico para adecuarlo a la evolución cultural y de las necesidades terapéuticas de los pacientes.

LA **DURACIÓN DEL PROGRAMA** oscila entre los 09 y 15 meses, siendo las principales etapas del mismo como siguen:

- Una 1ª etapa denominada **Integración Funcional**, que dura entre 1 y 3 meses y tiene una función de adaptación de actividades, primeros ensayo etc, pasar enseguida a la fase de INTEGRACIÓN propiamente dicha, que tiene como objetivos primordiales la recuperación psicofísica y psicológica, sobre todo de las secuelas inmediatas mediante una Intensiva preparación reeducativa y psicoterápica.
- Cuando la anterior preparación logra un adecuado nivel reorganizativo en el sujeto, se pasa a la 2ª etapa denominada **Maduración**, que dura entre 4 y 6 meses y en ella las actividades psico y socioterápicas adquieren un mayor grado de diferenciación

---

<sup>1</sup> El programa debe tener mecanismos de seguridad de manera que, aunque no se complete el programa, se haga el mayor nº posible de adquisiciones terapéuticas como para paliar parcialmente las consecuencias de un abandono prematuro.

de manera que se produzca una reestructuración y estabilización elucidativa y resolutive para el sujeto.

- Así se pasa a la última etapa denominada **Implementación – Reintegración Social**, en la que se verifica, comprueba y pone en práctica en el medio de origen todo lo adquirido anteriormente, corrigiendo y modulando los últimos déficits que aún restasen por subsanar. Aquí culmina asimismo el trabajo de terapia familiar que se ha ido desarrollando durante todo el programa terapéutico.
- Una vez obtenido el **ALTA**, se realiza un **Seguimiento** según un plan de entrevistas programadas por períodos de tiempo acordado, que sirve no sólo para comprobar la buena evolución del sujeto sino para apoyar, reafirmar y estar al corriente de cada trayectoria individual.

### **ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS**

El tipo de actividades que se realiza comprende el siguiente espectro

#### **1.- Actividades Psicoterapéuticas**

Pueden ser **individuales, grupales y colectivas**, según atiendan al plano unipersonal de pequeño grupo (dinámica grupal) o gran grupo (colectivas). Tiene como objetivo atender al plano anímico-comportamental y reestructurador en lo psicológico, superando la consumofilia y procurando la autoafirmación vital del sujeto. Las principales psicoterapéuticas son:

##### **a) Psicoterapias grupales:**

1.- **Reeducación terapéutica:** dirigida a orientar e inducir actividades válidas cara a su fenomenología específica, además de formar acerca de unos conocimientos útiles, rigurosos y bien seleccionados relativos a la dependencia y contingencias inherentes al consumo de drogas.

2.- **Evaluación:** válidas para el estudio, análisis y adopción de medidas, según proceda, de la trayectoria y adecuado progreso del paciente en el programa. Propio de estadios iniciales (integración funcional)

3.- **Rendimiento:** análogo a la evaluación pero adecuado a estadios evolutivos más avanzados (maduración).

4.- **Dinámica grupal:** similar a la convencional aunque de carácter más directivo y acotaciones fruto de la homogeneidad y características propias comunes a los miembros del grupo.

5.- **Perfomance psicoterápico**: análisis de las salidas (domingos, festivos), efectos eventuales o continuos de consumo, sentimientos, vivenciación presente, etc.

6.- **Actividades dirigidas** resolución de problemas, asertividad, identificación de estímulos, RET (Terapia Racional Emotiva).

7.- **Metas y medidas**: verificación de la cobertura de objetos intra y extracentro.

## **b) Psicoterapia individual**

1.- Las **psicoterapias individuales** vienen desarrollandolas los técnicos durante toda la jornada, según turnos y necesidades individuales, sin someterse a horario preestablecido aunque siempre dentro de un margen (por ejemplo: de 10 h. a 12 h. y de 17 h. a 18 h.) que no interfiera con actividades psicoterapéuticas grupales, expresión corporal, etc. Se subdividen en:

\* **Psicoterapia individual** propiamente dicha.

\* **Seguimiento intraprograma** de la evolución individual.

2.- **Otras** como **debates** (fórmula Phillips 6.6. u otra cualquiera) y **magazines** (análisis de **contenidos subjetivos**), etc.

## **2.- 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. Algunas de estas actividades son:

1.- **Asamblea** : reuniones colectivas de todos los sujetos que comparten el programa en la que se discuten asuntos funcionales, interrelacionales, etc. según un orden del día, áreas de responsabilidad, metas semanales, funcionamiento en actividades, etc.

2.- **Performance socioterapéutico**: análogo a la asamblea pero relativo al análisis de cada grupo o subgrupo y el rendimiento semanal mostrado colectivamente.

4.- **Otros** : reuniones de responsables, monográficos, determinadas actividades dirigidas (entrenamiento en habilidades sociales, etc.)

## **3.- Talleres ocupacionales**

Una de las directrices que orientan la actuación terapéutica en ellos supone impulsar de forma decidida la búsqueda y puesta en práctica

por parte de los sujetos en tratamiento de actividades formativas, laborales, de ocio y tiempo libre fuera de las dependencias del centro en que se encuentren, promoviendo así su proceso de reintegración y de normalización social.

Al hablar de las actividades ocupacionales internas cabe señalar que están compuestas por una serie de trabajos manuales sencillos (marquetería, dibujo y pintura, moldeado, etc.) para los cuales no se precisa ni maquinaria ni herramientas especiales, salvo las habituales en estos casos y siempre bajo la atenta supervisión del Equipo Técnico.

En definitiva, se busca ante todo ofrecer a los pacientes acciones concretas con las que recuperar la vitalidad perdida, mantenerse dinámicos y ocupados y disponer de momentos determinados para interactuar con los demás compañeros de tratamiento de forma diferente aunque complementaria a la que les brindan las psicoterapias y socioterapias grupales.

#### **4.- Actividades socioculturales**

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

En general las más frecuentes son: formación académica, cultura general, sesiones monográficas, visitas culturales, trabajos de la misma naturaleza, etc.

#### **b) Actividades culturales**

Siempre abiertos a la inclusión de novedades. En general las actividades más frecuentes son: seminarios y monográficos culturales (uno o dos por semana), diaporamas, vídeos ó posters culturales (uno por semana), educación para la salud (quincenal), revista (a expensas del magazine), 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.

**5.- Actividades deportivas** : el deporte, la alimentación y demás elementos higiénico-dietéticos merecen una especial consideración

como complemento indispensable para mantener un cuerpo sano y recuperar la energía vital. Algunas de estas actividades son: gimnasia, deportes varios (en general tienen prioridad los colectivos, donde pueda participar un número amplio de personas), marchas a la montaña (son frecuentes las marchas a refugios de los Picos de Europa), etc.

**6.- Actividades lúdicas** : cubren parte del tiempo en que no se desarrolla el resto de actividades. Consideramos que el ocio y tiempo libre necesariamente deben estar bien utilizados so pena de involucionar. El drogodependiente 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.

Algunas de estas actividades son : acampadas de objeto sociorrelacional, concursos, juegos y festivales (sábados y festivos), teatro y representaciones cómicas o espectáculos músico-teatrales.

### **Mecánica de atención**

Interpretamos el Centro de Día como un dispositivo que, además de desarrollar el programa clásico de tratamiento en régimen ambulatorio que define este tipo de centros (ver texto “los Centros de Día en Drogodependencias en España“, editado por Instituto Spiral), es más bien un centro polivalente que cubre los 3 niveles de atención y cuenta con recursos de apoyo (pisos, talleres, etc) para poder desarrollar mejor su función.

Considerando estos supuestos de partida, proponemos una organización asistencial que llegue todo lo lejos que pueda ir un dispositivo ambulatorio de tipo multifuncional con la pretensión de llegar a ser verdaderamente eficaz.

1º) El **acceso** del adicto al Centro de Día es deseable que se efectúe desde los servicios específicos especializados interconectados mediante una red funcional, con el soporte de otra red social que ayude en la pertinente integración del sujeto y la adecuación, por sus características clínicas y pronósticas, para emplear este tipo de dispositivos.

2º) Su **funcionamiento** tendrá que ser continuo a lo largo todo el año y preferiblemente durante todos los días de la semana, incluidos los festivos. Igualmente el **horario** será de mañana y tarde.

- 3º) **El horario del Centro de Día** debe ser prolongado, intensivo, cotidiano y preferiblemente en régimen de mediopensionado, extendiéndose el régimen de asistencia a sábados y festivos durante todo el año (si es ello posible y factible). Es preferible que se mantenga la continuidad terapéutica, para lo cual los usuarios deberían comer en el centro.
- 4º) Deberán desarrollarse en él al menos las siguientes **actividades**: ocupacionales (para lo que dispondrá de taller o talleres), actividades deportivas, actividades psicoterapéuticas individuales y de grupo y terapia unifamiliar y multifamiliar.
- 5º) Se llevarán a cabo **determinaciones analíticas** de drogas frecuentes, (al menos una semanal) pudiéndosele efectuar **controles domiciliarios** aleatorios estableciendo un **seguimiento posterapéutico** una vez concluido el programa. Conviene exigir la firma de un **contrato** y un **reglamento** previo al ingreso del paciente.
- 6º) Los Centros de Día se definen como dispositivos en los que se aplica un **tratamiento psicosocial** donde destaca el objetivo de **lograr la reinserción**, cimentada en una **rehabilitación previa y simultánea**, con la realización ulterior de un **seguimiento postalta**. Se dispondrá para ello de talleres ocupacionales y dispositivos de apoyo, entre los cuales se citan (por la abundancia de centros concertados y fácil acceso al mismo) el INEM, las asociaciones familiares y los talleres ocupacionales de la red social general.
- 7º) El programa terapéutico finalizará tras la consecución de los objetivos propuestos sin necesidad de establecer un período limitado y, como se ha indicado antes, no deberá exceder de dos años. Aunque los lapsos y recaídas a lo largo del tratamiento pueden ser objeto de intervención terapéutica, es obvio que cualquier consumo de droga habitualmente deberá ser causa sobrada para la finalización del programa. Queremos señalar a este respecto que, si bien existe una cada vez más acusada tendencia a mantener criterios amplios de inclusión en programas de Centros de Día de manera que el factor vulneración de la abstinencia no sea un impedimento para permanecer en los mismos, en nuestro caso dicha contingencia no está de momento planteada, ya que una de las bases para que el programa funcione y los usuarios incentiven la abstinencia es precisamente la exigencia de la misma para permanecer y progresar en el tratamiento. Sin embargo, estamos en este sentido abiertos a las directrices consignadas por las entidades y organismos pertinentes en el campo de las Adicciones.



## PROGRAMAS DE TERAPIA FAMILIAR

Instituto Spiral ha conferido siempre una muy especial importancia al abordaje de la familia, pareja, amigos, allegados y demás personas significativas dentro del proceso terapéutico que en ningún caso (a menos que resulte inviable) se limita al paciente. En efecto, sabido es que un adicto nunca enferma solo y que el problema afecta a todo un núcleo de convivencia, por lo que debe establecerse desde el principio un **plan sinérgico de tratamiento del paciente**, su familia y demás personas significativas de su entorno social (PES). Este plan de terapia familiar y sociorrelacional se desarrolla de forma paralela al programa individual que sigue al adicto sea cual fuere su espacio terapéutico (centro de día o C.T.), con las siguientes características:

- Se busca la participación activa de la familia de origen del sujeto aunque éste no viva con ella, intentando reestablecer entre la familia y el miembro afectado una comunicación posiblemente interrumpida y/o deteriorada por la adicción, con un reconocimiento de las propias actitudes paralelo al proceso de clarificación y crecimiento que desarrolla el adicto a lo largo de las diferentes fases del programa terapéutico.
- La reestructuración familiar se consigue no sólo mediante las entrevistas familiares y las actividades informativas sino a través de aquellas tareas que se encargan a la familia durante todo el programa.
- Por último, resulta necesario lograr que las familias no vivan el problema de la adicción como algo único y exclusivamente suyo. Se fomenta, por tanto, un movimiento asociativo que potencie el concepto de autoayuda, aunque este fomento no se impone y en ocasiones se contraindica.

### Estructura del Programa de Terapia Familiar

La práctica del programa de T.F. supone distinguir 3 planos de intervención que se organizan y coordinan teniendo en cuenta la fase terapéutica en que se encuentre el adicto y los objetivos específicos de cada una de ellas.

I.- PRIMER PLANO DE INTERVENCIÓN: UNIFAMILIAR. Se refiere al tratamiento unifamiliar que combina entrevistas de la familia más el paciente, más otras personas significativas de su entorno social (PES) con entrevistas en paralelo y con cada uno de ellos por separado. Las **entrevistas**, en sus diversas modalidades, tienen una frecuencia mínima mensual y una duración que oscila entre los 60´ y los 90´.

II.- SEGUNDO PLANO DE INTERVENCIÓN: MULTIFAMILIAR. Sesiones que persiguen diversos objetivos: informar, reeducar, modelar, esclarecer, etc, mediante la utilización de recursos didácticos que favorezcan la libre expresión de dudas, temores, deseos y la definitiva catarsis familiar. Estas sesiones, a su vez, pueden ser de dos tipos:

- 1.- *Sesiones multifamiliares sin* pacientes presentes.
- 2.- *Grupos multifamiliares con* pacientes (distintos a los miembros de las familias presentes) de etapas avanzadas del programa.

Cada grupo multifamiliar está formado por un número que oscila entre quince y treinta personas, las sesiones tienen una frecuencia quincenal, con duración aproximada de 90´ y un temario que orienta cada una de las mismas en orden a una metodología específica.

III.- TERCER PLANO DE INTERVENCIÓN: ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS a las de los dos planos de intervención anteriores que completan el abordaje de las dificultades y trastornos inducidos por la adicción en la esfera familiar. Dichas actividades son: 1.- *Adscripción a asociaciones de autoayuda.* 2.- *Atención a necesidades particulares* de cada familia en cuestión: trabajo social específico, tratamiento familiar psicoterapéutico más diferenciado (por ejemplo, si existe una o más interconurrencias psico(pato)lógicos o cierta dinámica de interrelación excesivamente conflictiva, etc.)

**UBICACIÓN:** Consta de un local sito

- C/ Marques de Valdeiglesias, 2 Bajo – 28004 Madrid

**2. NÚMERO DE PLAZAS:**

- Centro de Día: **10** plazas

**3. INFRAESTRUCTURA**

Local de 177.99m<sup>2</sup> que consta de planta baja (34.32m<sup>2</sup>) y primera planta (143.67m<sup>2</sup>):

- Vestíbulo y Sala de Espera de 16.82 m<sup>2</sup>
- Administración de 12.35m<sup>2</sup>
- Sala de Actividad de 39.32 m<sup>2</sup>
- Laboratorio con AASDA donde se realiza la detección selectiva de drogas de abuso y Botiquín
- Archivo
- Biblioteca
- 3 Despachos

- Sala de Observación mediante **Espejo unidireccional** que permite la observación de actividades grupales o entrevistas individuales por varios miembros del equipo técnico favoreciendo la adecuación de las intervenciones y posteriormente la discusión y consenso en la intervención terapéutica.
- Aseo Equipo profesional
- Aseo

Se trata de un local organizado en dos plantas (planta baja y planta primera). Se accede al local a nivel de planta baja desde la C/ Marques de Valdeiglesias

En planta baja se sitúa el vestíbulo general del establecimiento, así como el espacio de recepción y administración.

Por una escalera propia del local se tiene acceso desde el vestíbulo de planta baja hasta las dependencias de planta primera en la que se localizan el resto de las dependencias especificadas anteriormente

En relación al estado de las instalaciones se certifica el cumplimiento de la normativa en vigor en cuanto a:

.- Instalaciones de protección contra incendios (extintores, señalización, alumbrado de emergencia, plan de evacuación, y central de alarma)

Adecuación a su uso. Todas las instalaciones se van adecuando al cumplimiento de las normativas en vigor, así como a las actividades y servicios en relación con el fin y objeto social de la Entidad.

En lo que se refiere al piso situado en planta tercera, podemos destacar: En relación al estado de las instalaciones se certifica el cumplimiento de la normativa en vigor en cuanto a:

.- Instalaciones de protección contra incendios (extintores, señalización, alumbrado de emergencia, plan de evacuación, y central de alarma)

Adecuación a su uso ..Todas las instalaciones se van adecuando al cumplimiento de las normativas en vigor, así como a las actividades y servicios en relación con el fin y objeto social de la Entidad

#### *Medios Técnicos*

**Programa Terapéutico** , del que se adjunta copia.

**Protocolos informatizados (CCB, ECA, Cuestionario Tipo A y B, DARP- M A y B)**

- \* Protocolos de observación de pacientes
- \* Protocolos de evaluación
- \* Protocolos de seguimiento

#### **TEST de inteligencia personalidad y adaptación**

- \* WAIS - Escala de inteligencia de WESCHLER para adultos.
- \* FACTOR “g” de CATTELL
- \* MMPI - I y II Cuestionario de personalidad
- \* MCMI Cuestionario multiaxial de millón
- \* EPI - Cuestionario de personalidad

- \* EPQ - A - Cuestionario de personalidad para adultos
- \* 16 PF - Cuestionario factorial de personalidad
- \* BELL - Cuestionario de adaptación
- \* PAI - inventario de evaluación de personalidad

### **Protocolos y tests específicos en adicciones**

- \* ASI McLellan Índice de severidad de la adicción
- \* QUAD
- \* Subescalas del MMPI - 2 y CIDI - SCAN

### **TEST proyectivos y escalas clínicas**

- \* STAI - Cuestionario de ansiedad/Rasgo
- \* Test de Retención visual de BENTON y BENDER - test gúestáltico-
- \* TAT - Test de Apercepción Temática
- \* Inventario para la depresión de BECK

### **Aula docente**

Donde se desarrollan los programas formativos teórico y práctico, con dos divisiones, la DIVISIÓN DOCENTE Y LA DIVISIÓN CLÍNICA, de carácter continuado y ejecutados por profesionales de diferentes disciplinas y procedencias.

Asimismo existe un Programa Permanente de evaluación de ambas divisiones que tiene por objeto verificar el adecuado funcionamiento de los programas teórico-prácticos, cobertura de objetivos, calidad científico-docente de profesores y contenido teórico, buena planificación de los rotatorios clínicos, organización, infraestructura (biblioteca, fondo documental, etc...)

El área docente dispone asimismo de biblioteca, videoteca y fondo documental específico en drogodependencias y adicciones, además de un banco de datos informatizado con acceso a tesauros y demás servicios teleinformáticos de documentación. Instituto Spiral dispone también de textos adecuados a los cursos en cuestión que van actualizándose regularmente y facilitan enormemente la labor docente.

El stock de videos sobre diversos temas es igualmente extenso : etiología, clínica, terapéutica, terapia familiar, consumo, prevención escolar, historias clínicas prevención de recaídas, etc.. todos ellos de producción propia.

También se dispone de un fondo documental y un repertorio de fichas, protocolos y elementos auxiliares para facilitar la labor teórico-práctica.

### **DATOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO**

#### **Capacidad total**

Centro de Día..... 10 plazas  
Piso de Apoyo a la Reintegración Social..... 6 plazas

### **Capacidad ocupada**

Entre 50 y 60 pacientes anuales sumando ambos recursos

### **Requisitos de admisión**

Padecer problemas adictivos. Ser mayor de edad o menor autorizado. Declarar previamente la situación legal y psicofísica. Ingresar libre y voluntariamente, con la obligación expresa de firmar y aceptar el contrato, el reglamento y las condiciones que rigen el proceso terapéutico. Practicarse la analítica requerida.

No se admiten sujetos que padezcan enfermedad infecto-contagiosa o patología psiquiátrica en fase activa.

**Régimen:** Ambulatorio y residencial

### **Días de la semana que permanece abierto**

Tanto el Centro de Día como el Piso de Apoyo a la Reintegración Social permanecen abiertos todo el año. Los servicios de Información y de Orientación y la Secretaría, de lunes a viernes salvo días festivos.

No se cierra ninguno de los recursos por vacaciones

### **Población diana**

- Sujetos con problemas adictivos filiados según la CIE 10 que cumplan los requisitos de admisión y cuyas características y circunstancias les hagan susceptibles de tratamiento en el Centro de Atención Integral.
- Familias de sujetos con problemas adictivos filiados según la CIE 10 que cumplan los requisitos de admisión y cuyas características y circunstancias les hagan susceptibles de tratamiento en el Centro de Atención Integral.

## **FICHA DEL PROGRAMA DEL CENTRO DE DÍA**

### **1) Duración del programa**

Oscila entre los 9 y 15 meses, siendo la media de estancia de 12 meses.

La duración por etapas es:

- 1er ciclo (integración funcional) entre 2 -4 meses (media 3 meses)
- 2º ciclo (maduración) entre 4 – 6 meses (media 5 meses)
- 3er ciclo ((reintegración social) entre 3 - 6 meses (media 4 meses)

**2) Régimen de convivencia:** mixto (varones y mujeres)

**3) Modo asistencial** se adapta a cada caso y necesidad.

Pueden efectuarse en *régimen ambulatorio* residencial o mixto

**4) ) Equipo técnico:** Los equipos básicos de Instituto Spiral en C. de Día suelen ser:

- 2 psicólogos
- 1 trabajador social
- 1 médico a tiempo parcial
- 1 psiquiatra consultor
- 2 educadores
- 

### **5) Síntesis del programa en C. D.**

El programa ambulatorio en **Centro de Día** tiene como objetivo fundamental la deshabitación e incorporación social del sujeto en las mejores condiciones posibles de salud psicofísica con abstinencia absoluta de todo tipo de drogas en un marco de intervención integral (personalidad, salud, familia, trabajo y estudios, relaciones sociales, etc.) dentro del propio ambiente del sujeto cuando es éllo posible.

La denominación de las fases y los objetivos son análogos a los del programa en C.T. si bien se efectúa ambulatoriamente de principio a fin.

## **FICHA DEL PISO DE APOYO A LA REINTEGRACIÓN SOCIAL DE MADRID**

### **1) Funciones**

Soporte residencial urbano para usuarios procedentes de centros residenciales que se encuentren en la etapa de reintegración social y también para usuarios de otros regímenes terapéuticos (programas ambulatorios, Centro de Día, etc.) que ocasionalmente precisen una cobertura residencial. Los pacientes utilizan el piso como lugar de residencia (alojamiento, comidas, etc.) y como espacio para determinadas actividades incluidas en el programa terapéutico, especialmente psico y socioterapias individuales y grupales.

### **2) Capacidad**

6 plazas.

### **3) Modo asistencial**

Residencial abierto. Puede adaptarse a cada caso o necesidad, coordinando el régimen residencial con el ambulatorio (centro de día) según necesidades objetivas.

### **4) Horario**

Dado que los pacientes utilizan el piso como lugar de residencia y como espacio para determinadas actividades del programa, existen 2 franjas terapéuticas, una de mañana y otra de tarde, que pueden cambiarse en función de los requerimientos, necesidades semanales y las salidas que puedan realizarse tanto a fin de cubrir objetivos planteados en Orientación Comunitaria como aquellas de carácter más personal (gestiones legales, médicas, laborales, etc.).

### **5) Duración de la etapa de Reintegración Social**

Entre 2 y 6 meses (media 4 meses), aunque puede oscilar según casos hasta que los ajustes familiares, sociales, etc. permitan un alta en las mejores condiciones posibles.

### **6) Síntesis del programa de la etapa de Reintegración Social**

Esta etapa sirve para implementar de manera decidida lo anteriormente aprehendido, desarrollando aspectos psicosociales relacionados con la realidad más inmediata del paciente así como objetivos pragmático de futuro y un proyecto de vida que combine la autonomía con la incorporación social, verificando, comprobando y poniendo en práctica en el medio de origen todo lo adquirido anteriormente para corregir y modular los últimos déficits que aún restase por subsanar.

En esta etapa culmina asimismo el trabajo de terapia familiar que se ha ido desarrollando durante todo el programa terapéutico.

